

Avaliação da Adesão ao Autocuidado e Estratégias de *Coping* em indivíduos com Diabetes *Mellitus* tipo 2

Ana Beatriz Barreira Pinto

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde

Avaliação da Adesão ao Autocuidado e Estratégias de *Coping* em indivíduos com Diabetes *Mellitus* tipo 2

Ana Beatriz Barreira Pinto

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof.^a Doutora Paula Susana Loureiro Saraiva de Carvalho
Coorientadores: Prof.^a Doutora Cláudia Maria Gomes Mendes da Silva
Prof. Doutor Jorge Manuel dos Reis Gama

Outubro de 2024

Folha em branco

Declaração de Integridade

Eu, Ana Beatriz Barreira Pinto, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M12666 de Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 11/10/2024

Beatriz Pinto

Folha em branco

Dedicatória

Dedico esta dissertação à memória da minha querida amiga Daniela.

Folha em branco

Agradecimentos

Inicialmente, gostaria de agradecer à Prof. Dr.^a Paula Carvalho, pela sua incansável dedicação e pelas suas valiosas orientações, ao longo deste percurso. Agradeço também à Prof. Dr.^a Cláudia Silva e ao Prof. Dr. Jorge Gama pela sua disponibilidade, conhecimento e apoio, durante este processo.

Agradeço ao Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira pela oportunidade de desenvolver este trabalho e, a todos os utentes pela colaboração no estudo, um especial obrigada. Ainda, agradeço aos funcionários, médicos e enfermeiros, por toda a ajuda disponibilizada.

Não podia deixar de agradecer aos meus pais e aos meus irmãos, que estiveram sempre do meu lado, oferecendo-me amor, apoio e compreensão. Tudo o que sou, devo-o a vocês. Um agradecimento especial à minha mãe, cuja força e carinho sempre me inspiraram e aos meus sobrinhos, que com a sua alegria iluminaram os meus dias mais difíceis.

À Patrícia, à Carol, à Cassilda e ao Sérgio, agradeço por me inspirarem e por me motivarem a seguir em frente. Obrigada pelo apoio constante, pela amizade inabalável e pela presença reconfortante em todos os momentos deste percurso, especialmente nos mais desafiantes.

À Ana Rita, ao Vasco e ao Bruno, por terem sido os meus pilares, durante este percurso, que celebraram comigo cada vitória e que me fizeram acreditar em mim mesma. Por cada gargalhada, por cada abraço e por cada memória criada com vocês, agradeço-vos imenso.

E, por fim, mas não menos importante, um enorme agradecimento à Inês e à Rafaela, por estarem sempre prontas para me ajudar e por tornarem todos os momentos que passamos juntas, os mais especiais, dos quais nunca me vou esquecer.

A todos os meus amigos, cujo apoio, amizade e incentivo foram essenciais durante este percurso. A todos, o meu sincero e desmedido obrigada.

Folha em branco

Resumo

O presente estudo está integrado no projeto “Impacto de Variáveis Físicas e Psicológicas na Doença Crónica: Avaliação e Intervenção” que contribui para a avaliação de fatores psicossociais em pessoas que têm de conviver diariamente com as exigências impostas pelas doenças crónicas. O objetivo geral do presente estudo foi avaliar os níveis de adesão ao autocuidado e as estratégias de *coping* em pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2, seguidas no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira. Neste estudo, foi aplicado o questionário sociodemográfico, a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (EAAC) e o *Brief Cope*. Participaram 71 indivíduos com diabetes *mellitus* tipo 2, 41 homens e 30 mulheres, com uma média de idades de 68.66 anos. Trata-se de um estudo correlacional, quantitativo, comparativo e transversal.

Os principais resultados evidenciaram diferenças estatisticamente significativas ao nível da adesão ao autocuidado tendo em conta várias variáveis demográficas e clínicas como a idade, sexo, residir sozinho, tempo de diagnóstico e utilização de insulina injetável. Relativamente às estratégias de *coping*, foram evidenciadas diferenças estatisticamente significativas para algumas subescalas ao nível da idade, do sexo, do estado civil, da variável residir sozinho, do tempo de diagnóstico, da existência de outro problema de saúde crónico e da utilização de insulina injetável.

Além disso, tendo em conta a relação entre a adesão ao autocuidado e as estratégias de *coping* foram encontradas várias correlações estatisticamente significativas, mas, maioritariamente fracas a moderadas entre *Coping* Ativo e Atividade física; Utilização de suporte social emocional e Alimentação específica; Reinterpretação positiva e Atividade física; Aceitação e Atividade física e, por fim, entre Humor e a toma de Medicamentos.

Os resultados permitiram concluir que os pacientes com estilos de *coping* focados na emoção e no apoio sócio-emocional, implementam comportamentos de autocuidado mais apropriados para gerir a sua doença.

Palavras-chave

Doenças crónicas; diabetes *mellitus* tipo 2; adesão ao autocuidado; estratégias de *coping*

Folha em branco

Abstract

The present study is part of the project "Impact of Physical and Psychological Variables on Chronic Illness: Evaluation and Intervention," which contributes to the assessment of psychosocial factors in individuals who must cope daily with the demands imposed by chronic illnesses. The general objective of this study was to assess the levels of adherence to self-care and coping strategies in individuals with type 2 diabetes mellitus, followed at the Cova da Beira University Hospital Centre. In this study, a sociodemographic questionnaire, the Self-Care Activities with Diabetes Scale (SCADS), and the Brief Cope were administered. Seventy-one individuals with type 2 diabetes mellitus participated, including 41 men and 30 women, with a mean age of 68.66 years. This is a correlational, quantitative, comparative, and cross-sectional study.

The main results revealed statistically significant differences in self-care adherence, considering various demographic and clinical variables such as age, gender, living alone, time since diagnosis, and use of injectable insulin. Regarding coping strategies, statistically significant differences were found in several subscales for variables such as age, gender, marital status, living alone, time since diagnosis, the presence of another chronic health condition, and the use of injectable insulin.

Additionally, considering the relationship between self-care adherence and coping strategies, several statistically significant correlations were found, mostly weak to moderate, between Active Coping and Physical Activity; Use of Emotional Social Support and Specific Diet; Positive Reinterpretation and Physical Activity; Acceptance and Physical Activity; and finally, between Humor and Medication adherence.

The results show that patients with coping styles focused on emotion and socio-emotional support implement more appropriate self-care behaviors to manage their illness.

Keywords

Chronic diseases; type 2 diabetes mellitus; self-care adherence; coping strategies

Folha em branco

Índice

Introdução	1
I. Enquadramento teórico	3
Capítulo 1: Diabetes <i>Mellitus</i> , adesão ao autocuidado e estratégias de <i>coping</i>	3
1.1 Doença crónica	3
1.2 Diabetes <i>Mellitus</i>	4
1.2.1 Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2	7
1.3 Adesão ao autocuidado	8
1.3.1 Teorias do Autocuidado	12
1.3.2 Fatores que influenciam o autocuidado em pessoas com diagnóstico de diabetes <i>mellitus</i>	16
1.4. Estratégias de <i>coping</i>	20
1.4.1 <i>Coping</i>	20
1.4.2 Modelo explicativo do <i>coping</i>	21
1.4.3 Estratégias de <i>coping</i> utilizadas por indivíduos com diabetes <i>mellitus</i>	23
1.5. Estratégias de <i>Coping</i> e Autocuidado na Diabetes	26
II. Estudo Empírico	30
Capítulo 2: Metodologia	30
2.1 Apresentação do estudo e dos objetivos	30
2.2 Método	31
2.2.1 Instrumentos	31
2.3 Procedimentos	36
2.3.1 Recolha de dados	36
2.3.2 Tratamento estatístico dos dados	36
Capítulo 3: Apresentação dos resultados	38
3.1 Participantes	38
3.2 Análise descritiva dos resultados	43
3.2.1 Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (EAAC)	43
3.2.2 <i>Brief Cope</i>	45
3.3 Análise inferencial dos dados	46
3.3.1 Adesão ao autocuidado e características sociodemográficas	46
3.3.2 Adesão ao Autocuidado e características clínicas	50
3.3.3 <i>Coping</i> e características sociodemográficas	53
3.3.4 <i>Coping</i> e características clínicas	59
3.3.5 Adesão ao autocuidado e estratégias de <i>coping</i>	64

Capítulo 4: Discussão.....	67
4.1 Limitações da investigação.....	75
4.2 Implicações práticas	76
Conclusão.....	77
Referências Bibliográficas	78
ANEXOS	102
Anexo I: Autorização da Comissão de Ética da Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira	104

Folha em branco

Lista de Tabelas

Tabela 1- Valores de diagnóstico para a Diabetes *Mellitus*- Adaptado de Direção-Geral da Saúde (2011)

Tabela 2- Cálculo da Confiabilidade da EAAC e das suas subescalas através do Alfa de *Cronbach*

Tabela 3- Cálculo da Confiabilidade do *Brief Cope* e das suas subescalas através do Alfa de *Cronbach*

Tabela 4- Idade

Tabela 5- Características Sociodemográficas

Tabela 6- Tempo de diagnóstico e Tempo de Seguimento nas Consultas do Hospital

Tabela 7- Características Clínicas

Tabela 8- Estatística descritiva da EAAC

Tabela 9- Frequências da EAAC e das suas subescalas

Tabela 10- Estatística Descritiva das Subescalas do *Brief Cope*

Tabela 11- Análise da Diferença em cada escala da EAAC entre Faixas etárias

Tabela 12- Influência do Sexo nos Domínios do Autocuidado

Tabela 13- Análise da Diferença em cada escala da EAAC devida ao Estado Civil

Tabela 14- Análise da Diferença em cada escala da EAAC devida à variável Residir Sozinho

Tabela 15- Análise da Diferença em cada escala da EAAC devida ao Tempo de Diagnóstico

Tabela 16- Análise da diferença em cada escala da EAAC devida à existência de Outros Problemas de Saúde Crónicos

Tabela 17- Análise da Diferença em cada escala da EAAC devida à Utilização de Insulina Injetável

Tabela 18- Análise da Diferença em cada escala do *Brief Cope* entre Faixas Etárias

Tabela 19- Análise da Diferença em cada escala do *Brief Cope* devida ao Sexo

Tabela 20- Análise da Diferença em cada escala do *Brief Cope* devida ao Estado Civil

Tabela 21- Análise da Diferença em cada escala do *Brief Cope* devida à variável Residir Sozinho

Tabela 22- Análise da Diferença em cada escala do *Brief Cope* devida ao Tempo de Diagnóstico

Tabela 23- Análise da Diferença em cada escala do *Brief Cope* devida à existência de Outros Problemas de Saúde Crónicos

Tabela 24- Análise da Diferença em cada escala do *Brief Cope* devida à Utilização de Insulina Injetável

Tabela 25- Coeficiente de Correlação de *Spearman* entre as escalas do EAAC e as escalas do *Brief Cope*

Folha em branco

Lista de Acrónimos

WHO	<i>World Health Organization</i>
SPD	Sociedade Portuguesa de Diabetologia
DGS	Direção Geral de Saúde
HbA1c	Hemoglobina glicada
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económicos
APDP	Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal
PTOG	Prova de tolerância oral à glicose
INE	Instituto Nacional de Estatística
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
FIP	Federação Internacional Farmacêutica
INSEF	Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
SIDA	Síndrome da imunodeficiência adquirida
TDG	Tolerância diminuída à glicose
AGJ	Anomalia da glicemia em jejum
Mg/dl	Miligramas por decilitro
IMC	Índice de massa corporal
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DM2	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2

Folha em branco

Introdução

As doenças crônicas são caracterizadas por um desenvolvimento lento, uma duração prolongada e, normalmente, por episódios recorrentes. Estas condições geralmente exigem um tratamento contínuo, sendo fundamental que a pessoa desenvolva hábitos e atitudes que promovam a consciência para o autocuidado (Silva, 2006). Muitos indivíduos portadores de doença crônica, têm dificuldade em aderir às prescrições terapêuticas recomendadas, o que leva a uma deficiente gestão e controle da doença (WHO, 2003).

A diabetes é uma doença crônica caracterizada pelo aumento dos níveis de glicose no sangue, resultante de um defeito na ação e/ou na secreção de insulina, podendo levar ao aparecimento de complicações no sistema neurológico e vascular (Macedo et al., 2020).

O sucesso do tratamento da diabetes depende não apenas de medidas farmacológicas, mas também de mudanças no estilo de vida. A diabetes requer, de forma progressiva, a dedicação de mais tempo para a sua gestão, incluindo a toma de medicação oral, a autoadministração de injeções de insulina e a medição dos níveis de açúcar no sangue várias vezes ao dia (Kueh et al., 2015).

A adoção de hábitos saudáveis, como uma alimentação adequada, a prática regular de exercício físico e o uso contínuo e correto dos medicamentos, pode resultar no controle clínico da doença, melhorando os sintomas e retardando o aparecimento de complicações (Reis et al., 2020). Desta forma, é essencial que a pessoa diabética desenvolva uma adesão ao autocuidado, definida como o comportamento da pessoa em relação ao uso de medicação, à adesão a dietas e à prática de exercício físico, com o objetivo de promover a mudança de comportamento e a adoção de hábitos de vida saudáveis (Boas et al., 2011).

Além das exigências diárias da gestão da diabetes, há também um impacto significativo no bem-estar geral da pessoa. O sofrimento associado ao diagnóstico de diabetes afeta negativamente o bem-estar físico e emocional da pessoa. Este sofrimento é descrito como uma pesada carga emocional, resultante das constantes exigências para autogerir a doença, da possibilidade de desenvolver complicações, e da falta de apoio e acesso aos cuidados, dificultando o autocuidado (ADCES, 2021).

Para ajudar as pessoas com diabetes a lidar com esta doença, é fundamental a adoção de estratégias de *coping* adaptativas. Uma estratégia adaptativa de *coping* é uma técnica utilizada pelo indivíduo para o ajudar a ajustar-se de forma adequada à situação ou ao *stress*, enquanto o oposto, é considerada maladaptativa (Hapunda, 2022).

Estratégias adaptativas de *coping*, como a aceitação e o *coping* ativo, podem contribuir para a manutenção de resultados de saúde positivos, como o controlo glicémico (Albai et al., 2017). Em contraste, estratégias maladaptativas, como o pensamento ilusório e a evitação, podem prejudicar o controlo metabólico e afetar negativamente resultados psicossociais, como a qualidade de vida (Hapunda, 2022).

Segundo Carver (1997), indivíduos com diabetes podem utilizar estratégias focadas no problema (*coping* ativo, uso de suporte instrumental e planear) para enfrentar problemas relacionados ao tratamento e à alimentação que consideram stressantes e, estratégias focadas na emoção (distração, uso de apoio emocional, humor, aceitação, autculpabilização e religião) podem ser utilizadas para lidar com emoções stressantes como a preocupação com níveis baixos de açúcar e sentimentos de culpa relacionados com a doença.

Nesse sentido, o objetivo do estudo é avaliar os níveis de autocuidado na diabetes e as estratégias de *coping* em indivíduos com diabetes *mellitus* tipo 2, seguidos no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira. Além disto, pretende-se também avaliar as diferenças entre as características sociodemográficas, o autocuidado na diabetes e as estratégias de *coping* utilizadas; analisar se existem diferenças entre as características clínicas em função do autocuidado na diabetes e das estratégias de *coping* e, por fim, avaliar a associação entre o autocuidado na diabetes e o uso das estratégias de *coping*.

Este estudo encontra-se organizado em duas partes: a primeira refere-se ao enquadramento teórico onde é realizada uma revisão da literatura sobre a doença crónica, a diabetes *mellitus*, em concreto do tipo 2, a adesão ao autocuidado na diabetes, as teorias associadas ao autocuidado e alguns fatores que influenciam o mesmo. Além disso, é ainda realizado o estado de arte em relação às estratégias de *coping*, modelo explicativo do *coping* e quais as estratégias utilizadas por indivíduos com diabetes *mellitus*. A segunda parte diz respeito ao estudo empírico na qual é descrita a metodologia do estudo, os objetivos, os instrumentos utilizados, os procedimentos e são também apresentados os resultados obtidos, sendo realizada a discussão, reflexão acerca das limitações do estudo e, por fim, as conclusões do mesmo.

I. Enquadramento teórico

Capítulo 1: Diabetes *Mellitus*, adesão ao autocuidado e estratégias de *coping*

1.1 Doença crónica

A doença crónica pode ser definida como uma enfermidade de longa duração, de progressão lenta, que causa incapacidade, ultrapassando o intervalo de 3 a 6 meses (Danielson et al., 2019). Segundo a World Health Organization (WHO) (2003), para ser considerada uma doença crónica, tem de possuir uma ou mais das seguintes particularidades: ser permanente; produzir incapacidade/deficiência residual; ser causada por alterações patológicas irreversíveis e exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

A WHO (2003) destaca cinco fatores de risco associados ao aparecimento da doença crónica, que podem ser facilmente prevenidos, nomeadamente: a presença de níveis de colesterol elevado, hipertensão arterial, obesidade, tabagismo e consumo de álcool. Alerta, também, para o facto desta doença ser a principal causa de mortalidade no mundo, representando 60% de todas as mortes.

Em Portugal, as mais recentes Estatísticas da Saúde, divulgadas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2022, indicam que, no ano de 2021, quase metade (43,9%) dos indivíduos portugueses com 16 anos ou mais, relataram possuir uma doença crónica ou um problema de saúde de longa duração. As mulheres continuam a ser mais afetadas (47,0%) do que os homens (40,4%), seguindo a tendência observada em anos anteriores, com uma incidência particularmente elevada na população com 65 anos ou mais (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

Danielson e colaboradores (2019) sugerem que um grande número de pacientes não segue os tratamentos prescritos e que a taxa de adesão ao tratamento em doentes crónicos é baixa. Apesar da investigação evidenciar que os problemas de adesão são observados em todas as situações que exigem autoadministração do tratamento, independentemente do tipo ou gravidade da doença (WHO, 2003), alguns fatores podem agravar esta situação. A escassez de recursos e as desigualdades sociais no acesso aos cuidados de saúde, tornam a falta de adesão num problema de grande magnitude em certos países (WHO, 2003).

A adesão inadequada ao tratamento pode limitar a eficácia do regime terapêutico prescrito, desencadeando resultados não esperados. Assim, a promoção da adesão é uma forma de prevenir as consequências das doenças crônicas, sendo reconhecido que o controlo das mesmas não está unicamente dependente dos prestadores de cuidados, tendo os pacientes um grande papel na sua gestão (Fatemi et al., 2018; Danielson et. al., 2019).

1.2 Diabetes *Mellitus*

Caracterização da Diabetes *Mellitus*

A diabetes *mellitus* (DM) é uma doença crónica, cada vez mais frequente na nossa sociedade. A sua prevalência aumenta significativamente com a idade, atingindo todas as faixas etárias e sexos (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2023).

A diabetes caracteriza-se pelo aumento dos níveis de açúcar (glicose) no sangue-hiperglicemia- podendo ocorrer quando o pâncreas não produz insulina suficiente, ou quando o corpo não consegue utilizar eficazmente a insulina (hormona produzida pelo pâncreas que regula a glicose no sangue) que produz (WHO, 2023).

As pessoas com esta enfermidade podem desenvolver uma série de complicações, ao longo do tempo, especialmente a nível dos nervos, rins, olhos, coração e vasos sanguíneos sendo, no entanto, possível reduzir os seus danos através de um controlo rigoroso da hiperglicemia, da hipertensão arterial, bem como de uma vigilância periódica dos órgãos mais sensíveis (WHO, 2023; SPD, 2023).

Classificação da DM

A **diabetes tipo 1**, antes conhecida como diabetes juvenil ou diabetes dependente de insulina, é uma condição na qual o pâncreas produz pouca ou nenhuma insulina por si só, devido à destruição das células produtoras de insulina pelo sistema de defesa do organismo, desencadeando um aumento de glicose no sangue, geralmente devido a uma reação autoimune (SPD, 2023). Esta condição requer administração diária de insulina, de modo a controlar os níveis de glicose no sangue (WHO, 2023).

No entanto, de acordo com a World Health Organization (2023), a mais comum é a **diabetes tipo 2**, geralmente em adultos, que ocorre quando o corpo se torna resistente à insulina (insulinorresistência) ou não produz insulina suficiente para controlar os níveis de açúcar. Os hábitos alimentares inadequados, a inatividade física, o peso excessivo e o tabagismo representam alguns dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes tipo 2 (DGS, 2023).

Durante a gravidez, a **diabetes gestacional** pode surgir e, geralmente, desaparece após o parto. No entanto, se persistir após esse período, pode indicar o desenvolvimento de diabetes tipo 2. Neste caso, o organismo não consegue aumentar a produção de insulina o suficiente para manter os níveis de glicose dentro dos valores normais durante a gravidez. Quando não é adequadamente controlada, a diabetes gestacional pode acarretar várias consequências para a saúde da mulher e do bebê (WHO, 2023; ElSayed et al., 2023).

Prevalência e mortalidade da DM

Em 2021, a *International Diabetes Federation* (IDF) estimou um número de pessoas com diabetes de 61 milhões na Europa, representando uma prevalência de 9,2%, sendo esperado que aumente para 69 milhões até 2045, o que corresponde a 13%. Já a nível mundial, verifica-se que 537 milhões de pessoas têm esta doença (IDF, 2021).

A Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD), em 2021, estimou uma prevalência de diabetes, na população portuguesa entre os 20 e os 79 anos, de 14,1%, correspondendo a 1,1 milhões de pessoas. Este número aumentou face ao ano de 2015, já que a prevalência de diabetes em Portugal, naquela época, era de 9,9% na população entre 25 e 74 anos, segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF).

De acordo com o Programa Nacional para a Diabetes, desenvolvido pela Direção-Geral de saúde (DGS) (2023), foram registados 78 068 novos casos de diabetes em 2022, o que corresponde a uma taxa de 7,4 por cada 1000 utentes, em Portugal Continental.

De acordo com este programa, em 2022, cerca de 65% das pessoas com diabetes apresentavam registos de gestão do regime terapêutico, abrangendo hábitos alimentares, prática de exercício físico e regime medicamentoso, verificando-se também uma melhoria no controlo glicémico, com um aumento na proporção de pacientes com registo de medição de hemoglobina glicada (DGS, 2023).

Segundo o relatório da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económicos (OCDE), em Portugal, o consumo de fruta e hortícolas é superior à média da União Europeia, contudo, a prática de atividade física é bastante inferior e a pré-obesidade e obesidade são mais prevalentes do que na média dos países analisados, o que poderá ajudar a explicar o número elevado de casos de DM (OECD, 2022).

Em 2021, a diabetes foi responsável por 3 474 mortes, correspondendo a 2,8% das mortes em Portugal. Cerca de 10,5% dessas mortes ocorreram em pessoas com menos de 70 anos, sendo bastante mais elevada nas mulheres. As complicações do pé diabético, representam uma das principais causas de morbilidade das pessoas com

diabetes, podendo evoluir para amputações, se não forem prevenidas e/ou tratadas atempadamente (DGS, 2023).

Sintomas da DM

Os sintomas da diabetes tipo 1 incluem necessidade de urinar com frequência, sede anormal, fome constante, perda de peso súbita, alterações na visão e fadiga, podendo ocorrer repentinamente. Os sintomas da diabetes tipo 2 são geralmente semelhantes aos da diabetes tipo 1, mas geralmente são menos pronunciados. Além disso, esta doença constitui uma das principais causas de cegueira, insuficiência renal, ataques cardíacos, acidentes vasculares cerebrais e amputações de membros inferiores (WHO, 2023).

Ao contrário dos dois tipos de diabetes supracitados, a diabetes gestacional não apresenta qualquer sintoma, sendo as análises de rotina a única forma de a detetar (WHO, 2023; ElSayed et al., 2023).

Pré-diabetes e diagnóstico de DM

A hiperglicemia intermédia, também chamada de pré-diabetes, é uma condição na qual os níveis de glicose no sangue estão acima do normal, porém não atingem os níveis necessários para serem diagnosticados como diabetes (SPD, 2023).

Desta forma, a tolerância diminuída à glicose (TDG) e a anomalia da glicemia em jejum (AGJ) são condições características da hiperglicemia intermédia, que correspondem à transição entre a normalidade e a diabetes. Pessoas com TDG ou AGJ correm alto risco de progredir para diabetes tipo 2 (WHO, 2023).

Na tabela seguinte, verificam-se os valores de diagnóstico para a Diabetes *Mellitus*, assim como a presença de pré-diabetes, na população geral, consoante cada teste indicado:

Tabela 1

Valores de Diagnóstico para a Diabetes Mellitus- Adaptado de Direção-Geral da Saúde (2011)

	Normal	Pré-diabetes	Diabetes <i>Mellitus</i>
Glicemia em jejum	< 100mg/dL	≥100mg/dL e < 126mg/dL	≥ 126mg/dL
Prova de tolerância oral à glicose (PTOG)	<140mg/dL	≥140mg/dL e <200mg/dL (tolerância oral à glicose)	≥ 200mg/dL
Hemoglobina glicada (HbA1c)	<5,7%	≥ 5,7% e < 6,5%	≥6,5%

Glicemia ao acaso	≥ 200 mg/dL em paciente sintomático
-------------------	---

Após o diagnóstico, é importante manter a diabetes controlada. Isto significa apresentar níveis de açúcar no sangue dentro de certos limites, o mais próximos possível da normalidade. O método mais eficaz para efetuar este controlo centra-se na realização de testes de glicemia capilar (caracterizados pela picada no dedo) diariamente e várias vezes ao dia, tanto antes como depois das refeições. Além disso, a determinação da hemoglobina A1c, pode fornecer uma visão global do controlo da diabetes nos últimos 3 meses, auxiliando no ajuste e adaptação do tratamento em vigor (SPD, 2023).

1.2.1 Diabetes *Mellitus* tipo 2

Os próximos parágrafos focalizam-se exclusivamente na diabetes tipo 2, uma vez que o foco desta investigação se centra em doentes diagnosticados com este tipo de diabetes.

Tal como referido anteriormente, a diabetes tipo 2 surge quando o pâncreas não produz insulina em quantidade suficiente, ou quando o organismo não consegue utilizar eficientemente a insulina que é produzida. Geralmente diagnosticada após os 40 anos, pode ocorrer em idades mais jovens, tendo sido observado um aumento nos casos entre crianças (SPD, 2023).

A condição pode ser assintomática, passando despercebida por muitos anos sendo, muitas vezes, diagnosticada devido a complicações associadas ou, ocasionalmente, através de resultados anormais nos níveis de glicose no sangue ou na urina (SPD, 2023).

Alguns dos sintomas associados à diabetes tipo 2 passam pela eliminação de grandes quantidades de urina (poliúria), sede anormal (polidipsia), fome excessiva (polifagia), visão embaçada, sonolência, náuseas e diminuição da resistência durante o exercício (Oliveira et al., 2004).

Embora a obesidade seja um fator de risco significativo para o desenvolvimento da diabetes tipo 2, existem outras influências tais como a componente hereditária, apesar dos principais genes predisponentes ainda não terem sido identificados. Outros fatores que podem contribuir para o desenvolvimento da diabetes tipo 2 incluem a alimentação inadequada e inatividade física, envelhecimento, resistência à insulina, etnia, ambiente intrauterino deficitário, hipertensão, histórico familiar de diabetes, síndrome do ovário policístico, entre outros (SPD, 2023; Martinez & Latorre, 2006).

A concentração elevada de glicose lesiona as paredes dos vasos sanguíneos, provocando o espessamento e rutura dos mesmos. Ao espessarem desencadeiam a má circulação sanguínea, já que transportam menos sangue para o coração, cérebro, membros inferiores, olhos, rins, nervos e pele, provocando complicações a longo prazo. Por estas razões, os diabéticos tipo 2, têm uma maior propensão de acidentes vasculares cerebrais (AVC), retinopatia, neuropatia, nefropatia, má cicatrização e formação de feridas e úlceras, fraqueza súbita ou gradual de um membro inferior, entre outros problemas (Scheffel et al., 2004).

Atendendo que pretendemos, com este estudo, avaliar os níveis de autocuidado na diabetes passamos a efetuar uma revisão teórica acerca da adesão ao autocuidado na diabetes, às teorias associadas ao autocuidado e alguns fatores que influenciam o mesmo.

1.3 Adesão ao autocuidado

A relação entre autocuidado, autogestão e adesão é fundamental no contexto de doenças crónicas, pois estas práticas são interdependentes e essenciais para o controlo eficaz da condição. A autogestão refere-se à capacidade do indivíduo de gerir os sintomas, tratamentos, e as consequências físicas e emocionais da doença. A adesão envolve o compromisso do paciente em seguir as recomendações médicas e terapêuticas prescritas. Uma forte capacidade de autogestão facilita a adesão, pois os pacientes bem informados e competentes são mais propensos a seguir os regimes de tratamento recomendados. Isso, por sua vez, influencia positivamente o autocuidado, caracterizado pelo conjunto de práticas diárias que os pacientes realizam para manter e melhorar a sua saúde. Portanto, a autogestão eficaz leva a uma maior adesão, que reforça práticas de autocuidado, resultando em melhores condições de saúde e qualidade de vida.

Nesse sentido, é seguro afirmar que, o autocuidado abrange tanto a adesão quanto a autogestão (Lorig et al., 2000).

De seguida, serão explicitados e aprofundados os conceitos supracitados:

Adesão

A adesão refere-se à extensão em que os comportamentos de um indivíduo, tais como tomar medicamentos, seguir um plano alimentar ou adotar mudanças no estilo de vida, está alinhada com as recomendações estabelecidas por um profissional de saúde (Faria, et al., 2014).

A adesão é frequentemente confundida com a autogestão e o autocuidado porque todos envolvem seguir orientações para o bem-estar, no entanto, a adesão é mais passiva e focada no cumprimento de instruções específicas dos profissionais de saúde (Lorig et al., 2000).

As dificuldades na adesão surgem em todas as circunstâncias que envolvem a autoadministração do tratamento, independentemente da natureza da doença e da qualidade ou acessibilidade aos recursos de saúde. A concepção de que os pacientes são exclusivamente responsáveis pela adesão é equivocada, pois diversos fatores influenciam o comportamento e a capacidade de adesão ao tratamento (WHO, 2003; Bugalho & Carneiro, 2004).

Nas doenças crônicas, estima-se que mais de 50% dos pacientes não aderem corretamente ao tratamento, o que constitui um grande desafio tanto para os doentes como para os profissionais de saúde. No caso da diabetes, manter o tratamento contínuo é particularmente difícil devido à necessidade de disciplina e à adoção de vários novos hábitos (Torres et al., 2007).

A WHO (2003) agrupa os diferentes fatores que poderão influenciar a adesão ao regime terapêutico em cinco grupos:

- **Fatores sociais, económicos e culturais:** incluem nível de escolaridade, situação profissional, apoios sociais, condições de habitação, custo de transporte e medicamentos, distância ao local de tratamento, etnia, crenças culturais e desigualdades sociais;
- **Fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde:** envolvem o acesso a medicamentos, os técnicos disponíveis no serviço, o conhecimento dos profissionais de saúde sobre doenças crônicas e gestão da adesão ao tratamento;
- **Fatores relacionados com a doença de base e comorbilidade:** consideram a gravidade dos sintomas, incapacidades físicas, psicológicas, sociais e profissionais, risco percebido, impacto na vida e natureza da doença (aguda ou crónica, sintomática ou assintomática) (Bugalho & Carneiro, 2004; Giorgi, 2006);
- **Fatores relacionados com o tratamento:** compreendem a complexidade, duração, mudanças frequentes na medicação, a falta de melhoria imediata dos sintomas e efeitos secundários da medicação (Bugalho & Carneiro, 2004; Giorgi, 2006; Machado, 2009);
- **Fatores relacionados com a pessoa doente:** englobam recursos psicológicos, conhecimentos, atitudes, crenças, perceções sobre episódios de

doença (anteriores e atuais), expectativas pessoais, falta de informação, suporte para mudança de comportamento, falta de capacidade, motivação e autoeficácia para gerir o regime (Bugalho & Carneiro, 2004; Giorgi, 2006).

Autogestão

O conceito de autogestão refere-se aos métodos, habilidades ou estratégias, por meio dos quais os indivíduos podem direcionar as suas próprias atividades para a concretização de objetivos, incluindo o estabelecimento de metas, tomada de decisões, foco, planeamento, monitorização de tarefas, autoavaliação, autointervenção e autodesenvolvimento (Barlow et al., 2002; Wilkinson & Whitehead, 2009).

No que diz respeito aos cuidados de saúde, a autogestão refere-se à capacidade do indivíduo de gerir os sintomas, o tratamento, as consequências físicas e psicossociais e as mudanças no estilo de vida inerentes à convivência com uma condição crónica. Assim, uma autogestão eficaz engloba a capacidade de monitorizar a própria condição e de alcançar as respostas cognitivas, comportamentais e emocionais necessárias para manter uma qualidade de vida satisfatória (Barlow et al., 2002; Wilkinson & Whitehead, 2009).

Assim, de forma geral, a autogestão constitui um processo que os indivíduos utilizam durante uma tentativa consciente de ganhar controlo sobre a sua doença, ao invés de serem controlados por ela (Thorne et al., 2003).

Autocuidado

Segundo a WHO (2022), o **autocuidado** é a capacidade de os indivíduos, famílias e comunidades, promoverem e manterem a saúde, prevenirem e lidarem com a doença, com ou sem ajuda de profissionais de saúde.

Os comportamentos de autocuidado positivos incluem a adoção de estilos de vida saudáveis (dieta e exercício), gestão terapêutica, capacidade de entender sintomas e problemas e responder apropriadamente aos mesmos (Forbes & While, 2009).

O autocuidado é influenciado pelos sentimentos, atitudes, autoeficácia, conhecimentos, capacidades e motivação da pessoa com diabetes (Ozcan et al., 2013; Rintala et al., 2013).

Este conceito tem sido explorado em diversas perspetivas, sendo considerado como um movimento, um conceito, uma estrutura, um modelo, uma teoria, um processo ou um fenómeno (Wilkinson & Whitehead, 2009), o que leva à existência de várias definições. Com efeito, Riegel e colaboradores (2021), referem terem sido identificadas 139 diferentes definições de autocuidado.

Os estudos de Orem, são inquestionavelmente uma referência fundamental para a evolução deste conceito, tendo definido o autocuidado como o conjunto de atividades que os indivíduos iniciam e realizam para promover a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (Orem, 1991). Assim, este conceito sugere que os indivíduos usam os seus recursos, incluindo atributos pessoais como o conhecimento, habilidades, atitudes positivas, determinação, coragem e otimismo para melhorar a própria saúde (Akinsola, 2001). É, ainda, importante referir, que esta é a definição de autocuidado que irá ser adotada ao longo deste estudo.

O conceito de *empowerment* está, portanto, intrinsecamente ligado à noção de autocuidado (WHO, 2013). Leal (2006) afirma que o *empowerment* pode ser entendido como o "processo que leva a pessoa a acreditar nas suas capacidades para agir de forma independente e eficaz" (p. 191). Assim, é visto como o processo pelo qual a pessoa ganha controlo sobre a sua vida, desenvolvendo capacidade e confiança na tomada de decisões, sendo considerado o melhor meio de promover comportamentos sustentáveis de autocuidado (WHO, 2013).

Correa e Ospina (2004) destacam os **princípios subjacentes ao autocuidado** da seguinte maneira: i) é um processo voluntário; ii) implica uma responsabilidade individual; iii) tem um carácter social, implica um certo grau de conhecimentos, a elaboração de um saber e dá lugar a interações; iv) a prática de autocuidado melhora o nível de saúde das pessoas, seja com fins protetores ou preventivos; v) necessita de desenvolvimento pessoal, mediado por um permanente fortalecimento do autoconceito, autocontrolo, autoestima, autoaceitação e resiliência.

A Federação Internacional Farmacêutica (FIP) (2022), sugeriu que o conceito de autocuidado contemplasse a gestão medicamentosa, na especificação das atividades de autocuidado. Desta forma, o autocuidado passa a ser entendido como as ações realizadas pelos indivíduos com o objetivo de estabelecer e manter a sua própria saúde e prevenir e lidar com a doença, tendo em conta as atividades de higiene (geral e pessoal), a nutrição (tipo e qualidade dos alimentos ingeridos), os estilos de vida (atividades desportivas, de lazer, etc.), a autoadministração de medicamentos, os fatores ambientais (condições de vida, hábitos sociais, etc.) e os fatores socioeconómicos (rendimentos, crenças, etc.)

Desta maneira, o autocuidado engloba tanto a autovigilância, a automedicação, como a autogestão (WHO, 2022).

1.3.1 Teorias do Autocuidado

De seguida, são apresentadas algumas das teorias e modelos explicativos mais relevantes, segundo a literatura, tendo em conta a compreensão do autocuidado.

Teoria do autocuidado de Orem

Orem (1991) definiu o autocuidado como uma prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam no sentido da manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, tal como referido anteriormente.

O autocuidado constitui um comportamento aprendido, não inato e realizado de forma contínua no tempo, através da interação entre pessoas, ambiente social e cultural no qual o indivíduo está integrado. Além disso, é executado de forma racional como resposta a uma necessidade detetada (Orem, 2001; Orem et al., 2003).

Nesse sentido, o autocuidado constitui uma função humana reguladora que as pessoas desempenham deliberadamente ou por outro alguém para preservar a vida (Tomey & Alligood, 2002).

Desta forma, a Teoria do Autocuidado fundamenta-se em quatro conceitos centrais:

- 1) **Autocuidado** (*Self-care*): é uma prática que requer aprendizagem através de relações interpessoais durante o ciclo de vida, contribuindo para o bem-estar pessoal (Orem, 2001; Orem et al., 2003).
- 2) **Atividade/Ação de Autocuidado** (*Self-care agency*): constitui a capacidade adquirida para cuidar de si próprio, promovendo o bem-estar. Deste modo, o autocuidado é influenciado pelo estado de saúde, pelos fatores educacionais, pelas experiências de vida que permitem a aprendizagem, pela exposição às influências culturais e a utilização de recursos na vida diária. A ação do autocuidado envolve vários domínios: o domínio cognitivo, relaciona-se com o conhecimento da condição de saúde e das habilidades cognitivas necessárias para realizar a ação de autocuidado; o domínio físico, refere-se à capacidade física para executar a ação de autocuidado; o domínio emocional ou psicossocial envolve a atitude, os valores, o desejo, a motivação e a perceção de competência; e o domínio do comportamento, que abrange as habilidades necessárias para executar os comportamentos de autocuidado (Petronilho, 2012).
- 3) **Exigência terapêutica de autocuidado** (*Therapeutic self-care demand*): refere-se às ações necessárias para atender aos requisitos de autorregulação do

funcionamento humano em prol da vida, saúde e bem-estar de cada indivíduo (Orem, 2001).

- 4) **Requisitos de Autocuidado** (*Self-care requisites*): são ações reconhecidas pelo indivíduo como essenciais para o seu desenvolvimento e funcionamento. Esses requisitos podem ser classificados em três tipos: universais, de desenvolvimento e de desvio-saúde. Os requisitos universais abrangem elementos físicos, psicológicos, sociais e espirituais ao longo do ciclo de vida, sendo indispensáveis para a gestão global do autocuidado (Orem, 2001). Os requisitos de desenvolvimento relacionam-se a eventos específicos que impactam a trajetória de vida, como a perda de um ente querido (Orem, 2001). Já os requisitos de autocuidado de desvio-saúde englobam os indivíduos doentes, com incapacidades e sob tratamento médico, que afetam a sua capacidade física ou comportamental nas atividades diárias (Orem, 2001).

Abordagem fenomenológica do autocuidado

De igual forma, para Söderhamn (2000), a atividade de autocuidado é também intencional, determinada pela identificação de situações em que as necessidades justificam este tipo de ação. Deste modo, o autocuidado é apresentado por Söderhamn (2000) em duas perspectivas: o paradigma tradicional e o paradigma fenomenológico.

No paradigma tradicional, destaca-se o cuidado realizado por e para o próprio indivíduo, por meio de ações consistentes, controladas, intencionais e eficazes, visando a automanutenção e autorregulação. Contudo, a capacidade de autocuidado não é, em si mesma, um meio necessário para manter, restabelecer ou melhorar a saúde e o bem-estar, mas sim uma potencialidade, como parte integrante do ser humano.

Na abordagem fenomenológica, o autor argumenta que o comportamento deve resultar preferencialmente da percepção do mundo. Nesse contexto, o autocuidado é uma atividade aprendida e centrada em objetivos, não sendo exclusivamente determinada por causas externas. Constitui, assim, uma associação de fatores em que o domínio cognitivo e de decisão, o ambiente e o fim a atingir fazem parte do conhecimento. Esse conhecimento, adquirido por meio da aprendizagem, capacita a pessoa a responder adequadamente a diferentes situações (Söderhamn, 2000).

Modelo de autocuidado para idosos residentes em domicílio

De acordo com Backman e Hentinen (1999), o autocuidado é concebido como uma característica intrínseca de cada indivíduo, não apenas uma forma consciente de agir, mas principalmente uma "rotina subconsciente", uma atitude ou predisposição desenvolvida ao longo da vida. Os comportamentos de autocuidado são, então, influenciados por interações com fatores culturais, sociais e psicossociais. Assim, a prática do autocuidado reflete o estilo individual de cada pessoa, a sua adaptação às experiências vividas, circunstâncias presentes e perspectivas futuras.

Nesse sentido, Backman e Hentinen (1999) contribuíram teoricamente ao descrever quatro perfis ou tipos de autocuidado:

- O perfil responsável reflete um agente ativo sobre a saúde, que desfruta de atividades sociais, tendo relacionamentos positivos com a família e amigos, confiando no futuro, bem como aceitando apoio de outras pessoas quando necessário;
- O perfil formalmente guiado indica uma história de vida caracterizada pela dependência de outras pessoas, portanto, estes indivíduos apresentam uma postura acrítica, cumprindo escrupulosamente tudo o que os profissionais de saúde recomendam, de modo a diminuir riscos. Isto traduz-se em défices ao nível da tomada de decisões e do pensamento crítico;
- O perfil independente descreve indivíduos que assumem a gestão autónoma da sua saúde, tomando decisões com base, principalmente, nas suas próprias perceções e crenças sobre saúde, muitas vezes, desafiando as recomendações dos profissionais de saúde. Tendem, ainda, a apresentar atitudes de negação em relação ao envelhecimento através da não verbalização de sinais ou sintomas de doença.
- O perfil de abandono é caracterizado por sentimentos de impotência e falta de responsabilidade. Essas pessoas demonstram incapacidade em gerir as suas atividades diárias e têm também uma atitude negativa em relação ao envelhecimento, marcada pela sensação de incapacidade e abandono. Sentem vontade de desistir e internalizam sentimentos de perda de controlo sobre as suas vidas, devido à perceção de comprometimentos físicos e cognitivos.

Teoria das Transições

A adaptação de uma doença à vida, especialmente se for crónica, representa um processo complexo e desafiador que conduz a pessoa a uma transição, especificamente da saúde para a doença. As transições são etapas fundamentais de mudança no desenvolvimento pessoal, resultando em alterações na identidade, mudanças nos papéis, relações interpessoais, capacidades e padrões comportamentais. Estas transições são, ao mesmo tempo, resultado e causa de mudanças na vida, saúde, relações e ambiente (Meleis et al., 2000).

De acordo com a teoria das Transições de Meleis e colaboradores (2000), quando confrontada com o diagnóstico de uma doença crónica, a pessoa pode experienciar uma perturbação na sua perceção de si mesma e do mundo exterior. Este novo evento, se percebido como ameaçador, pode desencadear a procura por estabilidade, levando a pessoa a procurar informações sobre como retomar o controlo da sua saúde. Esta perceção de mudança, muitas vezes acompanhada pela sensação de maior vulnerabilidade, é chamada de Consciencialização, sendo o primeiro passo no processo de Transição e permitindo que a pessoa se envolva ativamente na busca por mudança.

Ao longo deste processo, o Envolvimento possibilita que a pessoa recorra aos profissionais de saúde para desenvolver competências no controlo da sua doença, adotando estratégias de *coping* confrontativas, focadas no problema e percebendo maior autoeficácia nas tarefas associadas ao regime de tratamento. Uma transição saudável ocorre quando a pessoa mobiliza competências para gerir e integrar a doença na sua vida, assumindo novos papéis e responsabilidades e experimentando um sentimento de bem-estar (Meleis et al., 2000).

O diagnóstico pode ser o evento desencadeador da transição, a forma como a pessoa o percebe, as suas crenças sobre a doença e as emoções, como medo ou ansiedade, desempenham um papel crucial. A pessoa pode adotar sentimentos de negação ou até desvalorizar a doença. Este comportamento ocorre quando há uma recusa consciente ou inconsciente de enfrentar uma transição inevitável, adiando a mudança de comportamentos na vida. Este adiamento pode agravar a condição, só sendo reconhecido perante a manifestação de consequências significativas, como o medo de morrer ou a dependência para o autocuidado (Bastos, 2015).

De acordo com Meleis (2004), *as cited in* Queirós (2010), os processos de transição envolvem uma mudança de papéis e podem requerer a intervenção de agentes de autocuidado terapêutico para ajudar a superar deficiências temporárias ou permanentes, promovendo assim o retorno ao autocuidado natural. Esses agentes

forneem atividades de autocuidado, educação terapêutica e eliminam défices específicos, com o objetivo de promover a autonomia e facilitar o retorno ao autocuidado.

1.3.2 Fatores que influenciam o autocuidado em pessoas com diagnóstico de diabetes mellitus

A vivência com doenças crónicas e a sua imprevisibilidade apresentam impactos significativos não apenas no domínio individual (físico, emocional e psicológico), mas também nas esferas familiar e social, muitas vezes influenciando aspetos como educação, profissão e ambiente de trabalho (Bastos, 2015).

As particularidades das doenças crónicas e a necessidade de autogestão no quotidiano transferem grande parte da responsabilidade do profissional para a pessoa afetada e para a sua família, visando desenvolver autonomia para a autogestão e o autocuidado. Nesse sentido, o papel central da pessoa com doença crónica, neste processo de adaptação, envolve assumir a responsabilidade por manter o mais elevado nível de saúde e funcionalidade possível. A dificuldade em aderir ao regime terapêutico está associada à complexidade do autocuidado, à falta de perceção da necessidade de autocuidado ou à dificuldade em identificar as alterações necessárias para um autocuidado eficaz (Jaarsma et al., 2017).

Nesse contexto, Riegel e colaboradores (2012) destacaram diversos fatores que influenciam o autocuidado, incluindo conhecimento, experiência e perícia, motivação, hábitos, valores e crenças culturais, capacidades cognitivas e funcionais, apoio e acesso aos cuidados:

O **conhecimento** refere-se à informação mais significativa que uma pessoa é capaz de recordar de conteúdos previamente aprendidos. A aquisição de informações, um dos principais objetivos educacionais, engloba um processo complexo que inclui perceção, aprendizagem, comunicação, associação e raciocínio. Com efeito, este conhecimento manifesta-se pela capacidade de interpretar e explicar significados, quando necessário (Riegel et al., 2016; Jaarsma et al., 2017).

Para isso, deve-se desenvolver um processo de educação terapêutica, tratando-se de um esforço conjunto e contínuo entre a equipa multidisciplinar de saúde e a pessoa com diabetes, visando aumentar o conhecimento, o esclarecimento, a autonomia e a confiança no autocuidado e na gestão da diabetes, promovendo a motivação para viver com a doença e não para a doença (APDP, 2016).

Torna-se, assim, importante fornecer a assistência à pessoa com doença crônica, através de apoio e educação para a autogestão, para encorajar as decisões diárias que melhoram os comportamentos de saúde e os resultados clínicos. Desta forma, a educação para a autogestão visa ajudar os pacientes a manter, principalmente por esforços próprios, a melhor saúde possível (Omisakin & Ncama, 2011).

A **experiência e perícia** são elementos interligados no desenvolvimento do autocuidado. As experiências passadas são utilizadas para reconhecer padrões que conduzem a decisões fundamentadas na identificação de problemas já vivenciados anteriormente (Riegel et al., 2012; Moser et al., 2012; Jaarsma et al., 2017). Desenvolver perícia no autocuidado requer prática contínua ao longo do tempo, sendo que, através deste processo, a pessoa aprende como o autocuidado se integra nas atividades diárias, enquanto adquire experiência na identificação e gestão de sintomas (Riegel et al., 2012; Riegel et al., 2016; Jaarsma et al., 2017).

A **motivação** pode ser descrita como a força orientadora que impulsiona uma pessoa a alcançar os seus objetivos, podendo ser intrínseca ou extrínseca (Riegel et al., 2012; Jaarsma et al., 2017). A motivação intrínseca surge do desejo de assimilar e aprender algo, derivando do prazer pessoal associado à realização de uma tarefa específica. Por outro lado, a motivação extrínseca concentra-se na modificação do comportamento para alcançar um resultado desejado, como as recomendações de mudança de comportamento sugeridas pelos profissionais de saúde, visando benefícios à saúde (Riegel et al., 2012; Jaarsma et al., 2017).

A percepção de benefícios no autocuidado é um impulsionador crucial da motivação sendo que, benefícios imediatos incluem a redução de sintomas e melhoria da qualidade de vida, enquanto benefícios a longo prazo estão ligados à promoção da saúde (Jaarsma et al., 2017).

A motivação refere-se, então, a sentimentos, desejos ou aspirações que podem converter-se em ação, impulsionando, ativando, movendo e canalizando o comportamento em direção a metas. Assim, um comportamento motivado é aquele orientado para a concretização de objetivos satisfatórios (Mucchielli, 2012).

A execução das tarefas relacionadas ao tratamento da diabetes depende de vários aspetos: da natureza da tarefa e do seu nível de dificuldade, da sua importância pessoal, das competências para realizá-la, dos níveis de aspirações e expectativas, da sensibilidade individual ao *stress*, do senso de responsabilidade pessoal e dos apoios disponíveis (Mucchielli, 2012).

A probabilidade de uma pessoa iniciar e manter alterações significativas no seu estilo de vida diminui se essas mudanças não tiverem significado para ela ou não forem escolhidas pela própria (APDP, 2016).

Além disso, quando as pessoas acreditam na sua capacidade para realizar o autocuidado na diabetes, sentem-se mais motivadas para resolver os problemas, o que pode resultar em melhorias na saúde e na qualidade de vida (Mulvaney, 2009; Hunt, 2011). A confiança que a pessoa tem nas suas próprias capacidades para realizar ou manter determinada ação, apesar dos obstáculos ou desafios é denominada de autoeficácia (Baumann & Dang, 2012; Mulvaney, 2009).

As principais fontes de autoeficácia incluem a experiência pessoal, a observação da experiência de outros, a persuasão social por pessoas significativas e a interpretação subjetiva das experiências fisiológicas, psicológicas e emocionais. O uso dessas fontes de autoeficácia ajuda as pessoas com doença crónica a resolver problemas, desenvolver habilidades de autogestão e sentir-se mais confiantes e motivadas (Baumann & Dang, 2012; Mulvaney, 2009).

Desta forma, a autoeficácia demonstrou ser um importante preditor de comportamentos de autocuidado e de controlo glicémico (Baumann & Dang, 2012; Mulvaney, 2009) e, conseqüentemente, de adesão ao tratamento (Howells, 2002).

Os **hábitos ou rotinas diárias**, desempenham um papel crucial no autocuidado. Deste modo, experiências prévias contribuem para capacitar tanto o indivíduo, quanto o cuidador na adoção de estratégias de autocuidado nas atividades quotidianas (Riegel et al., 2012). No entanto, algumas pessoas podem enfrentar dificuldades em incorporar hábitos de autocuidado. Mesmo quando são alvo de educação por profissionais de saúde, podem não adquirir o conhecimento necessário para realizar um autocuidado eficaz, resultando na não integração desse autocuidado como hábito nas suas atividades diárias (Jaarsma et al., 2017). Dessa perspectiva, a educação para a saúde deve incluir estratégias que fomentem a autoeficácia, facilitando a aprendizagem e a aplicação das recomendações na prática diária (Jaarsma et al., 2017).

As **crenças culturais** e os **valores** desempenham um papel significativo na determinação da adoção ou não de práticas de autocuidado. Por exemplo, a alimentação, frequentemente considerada um elemento social, revela-se, algumas vezes, um desafio, uma vez que muitos indivíduos apresentam dificuldade em desafiar práticas culturalmente aceites, como consumir bebidas alcoólicas, ou em manter a sua dieta prescrita, quando estão em companhia de outros que consomem alimentos e bebidas não recomendados para diabéticos (Wilkinson et al., 2014).

A importância do autocuidado pode ser mais ou menos valorizada consoante a cultura em questão e as crenças culturais (Davidson et al., 2007). Verificou-se que existem culturas em que o autocuidado é desvalorizado em favor da demonstração de afeto e preocupação, através do cuidado e da atenção, prestados a outrem quando este está doente (Greenhalgh et al., 2011).

As **capacidades cognitivas e funcionais** desempenham um papel essencial no autocuidado. Alterações na audição, visão, equilíbrio e destreza manual influenciam diretamente os comportamentos de autocuidado (Riegel et al., 2012; Jaarsma et al., 2017). Além disso, em pessoas com doença crónica, o declínio cognitivo, a ansiedade e a depressão reduzem o interesse no autocuidado, apresentando alterações subtis na memória, atenção e na capacidade de realizar comportamentos específicos (Zavertnik, 2014). Essas alterações podem não impactar diretamente as atividades diárias, mas afetam a capacidade de reconhecer mudanças, como sintomas de exacerbação da doença, prejudicando a tomada de decisões apropriada (Riegel et al., 2016). Além disso, a idade avançada, quando combinada com alterações cognitivas e comorbilidades, dificulta a adesão a comportamentos de autocuidado devido à gestão complicada de sintomas (Zavertnik, 2014).

O **apoio e suporte social**, envolvendo a família e amigos, contribui para uma adesão mais eficaz por parte da pessoa com doença crónica (Jaarsma et al., 2017).

O suporte social protege contra as perturbações causadas pelo *stress*, consistindo na disponibilidade e apoio das pessoas mais próximas, com quem se estabelece uma relação de confiança e afetividade, demonstrando preocupação e valorização das situações. Assim, destaca-se um efeito fortalecedor nas pessoas, capacitando-as a enfrentar as dificuldades a que é sujeita (Rintala et al., 2013).

A doença crónica implica mudanças na estrutura familiar e nas relações, sendo o impacto desse *stress* dependente dos recursos familiares, do apoio da equipa de saúde e da capacidade de adaptação às circunstâncias. No contexto da diabetes, o apoio social percebido está positivamente relacionado com comportamentos de adaptação à doença, gestão diária eficaz da doença, adesão ao tratamento e controlo glicémico, além de reduzir o risco de ansiedade e depressão (Rintala et al., 2013).

Por fim, relativamente ao **acesso a cuidados de saúde**, se o indivíduo não tiver acesso a uma educação orientada sobre a sua saúde, com metas definidas, a adesão ao autocuidado pode ser comprometida. As dificuldades de acesso aos cuidados de saúde também podem surgir devido à inacessibilidade económica para deslocações, especialmente para indivíduos que residem em zonas rurais com limitado acesso a transportes (Jaarsma et al., 2017).

No ponto seguinte, realizamos uma revisão acerca do conceito de estratégias de *coping*, modelo explicativo do *coping* e quais as principais estratégias utilizadas por indivíduos com diabetes *mellitus*.

1.4. Estratégias de *coping*

A doença crónica pode ser considerada um agente indutor de *stress*, levando a que o indivíduo utilize certas estratégias de *coping*, influenciadas por diferentes variáveis tais como: idade, crenças individuais, motivação, cultura, hábitos individuais, experiências passadas de dor, causas e efeitos de dor, entre outras (Oliveira et al., 2009; Valente et al., 2009).

Normalmente, os indivíduos portadores de doença crónica, apresentam estratégias de *coping* desadequadas, sentindo dificuldade na autogestão das atividades de autocuidado e, conseqüentemente, em melhorar o seu estado de saúde (Butchart et al., 2009).

Segundo Büssing e colaboradores (2010), as estratégias utilizadas mais frequentemente na doença crónica são o confronto e a resolução ativa dos problemas, além de estratégias de controlo das emoções e o abandono passivo da situação.

Assim, torna-se essencial, diante de uma condição de doença crónica, desenvolver estratégias para enfrentar a perda, seja de saúde, de capacidades físicas ou diante da incerteza sobre o futuro.

1.4.1 *Coping*

Coping é definido como o esforço para responder a estímulos internos (reações emocionais ao acontecimento) ou externos (o acontecimento) percebidos como desafiantes ou negativos (Sousa et al., 2011). Assim, *coping* é um esforço que uma pessoa faz quando enfrenta uma ameaça com o objetivo de reduzir o *stress* (Wuryaningsih et al., 2020).

A forma como a pessoa lida com o *stress* está dependente dos recursos que dispõe e das estratégias de *coping* que adota, ou seja, dos esforços cognitivos e de conduta que utiliza em circunstâncias específicas indutoras de *stress* (Serra, 2002).

Existem duas correntes conceituais predominam no entendimento do *coping*. A primeira, denominada disposicional, que caracteriza o *coping* como um traço ou estilo, considerando diferentes estilos como disposições de personalidade independentes de contextos situacionais ou temporais (Carver et al., 1989; Endler & Packer, 1990; Holahan et al., 1996).

A segunda, chamada situacional, define o *coping* como um processo cognitivo ativo e consciente de avaliação e resposta a situações de *stress*. Esta abordagem pressupõe que as reações são um conjunto de pensamentos e comportamentos que surgem em resposta a problemas específicos, sujeitos a modificações tanto em função

das características da situação, quanto ao longo do tempo (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman et al., 1986).

Em geral, os estilos de *coping* estão mais relacionados às características de personalidade ou aos resultados do *coping*, enquanto as estratégias referem-se a ações cognitivas ou comportamentais empregues durante um episódio específico de *stress* (Ryan-Wenger, 1992).

Ao contrário dos estilos de *coping*, relacionados a fatores disposicionais do indivíduo, as estratégias de *coping* têm sido associadas a fatores situacionais. Folkman e Lazarus (1980) destacam o papel desempenhado por essas estratégias, argumentando que podem variar em cada momento, durante os estádios de uma situação stressante (Folkman & Lazarus, 1980).

As estratégias de *coping* consistem, então, em esforços para neutralizar ou reduzir o *stress* que ocorre nos indivíduos (Dyah, 2021) e são utilizadas para resolver problemas de saúde, no caso da doença crónica (Intiyaskanti et al., 2021). Os indivíduos que apresentam boas estratégias de *coping* conseguem adaptar-se mais facilmente às mudanças resultantes da sua doença (Patuh et al., 2021).

1.4.2 Modelo explicativo do *coping*

O modelo transacional de *coping* de Folkman e Lazarus (1980) postula que o *stress* é um processo contextual resultante da interação entre a pessoa e o ambiente, transformando-se ao longo do tempo. Dessa forma, o *stress* é definido como uma situação avaliada pelo indivíduo como significativa, com exigências que excedem os seus recursos para lidar com o evento correspondente (Folkman & Lazarus, 1980; Folkman, 2010).

O **modelo de Folkman e Lazarus** (1980) compreende quatro conceitos fundamentais: (a) o *coping* é um processo ou interação entre o indivíduo e o ambiente; (b) a sua função é gerir a situação stressora, mais do que controlá-la ou dominá-la; (c) os processos de *coping* pressupõem avaliação, ou seja, o modo como o fenómeno é percebido, interpretado e representado cognitivamente na mente do indivíduo; (d) o processo de *coping* envolve uma mobilização de esforços, nos quais os indivíduos empregam recursos cognitivos e comportamentais para gerir (reduzir, minimizar ou tolerar) as exigências internas ou externas resultantes da sua interação com o ambiente (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus & Folkman, 1984).

Durante a interação com o ambiente, o indivíduo realiza uma avaliação da situação stressora de forma cognitiva, nomeadamente uma avaliação primária e secundária:

A avaliação primária refere-se à avaliação do significado atribuído pelas pessoas a uma situação de *stress* e os riscos envolvidos na mesma, sendo moldada por crenças pessoais, valores e objetivos (Folkman, 2010).

Já **a avaliação secundária** refere-se à avaliação das opções de *coping*, determinadas tanto pela situação, quanto pelos recursos físicos, psicológicos, materiais e espirituais do indivíduo para lidar com o problema (Folkman, 2010).

Ambas as formas de avaliação determinam se a situação é percebida como dano, ameaça ou desafio (Folkman, 2010).

Segundo o modelo mencionado anteriormente, o *coping* tem duas funções principais: a regulação de emoções ou de situações stressantes (*coping* focado na emoção) e a gestão do problema causador de *stress* (*coping* focado no problema) (Antoniazzi et al., 1998).

O ***coping* focado na emoção** é definido como um esforço para regular o estado emocional associado ao *stress* ou resultante de eventos stressantes. Esses esforços de *coping* são direcionados ao nível somático e/ou ao nível de sentimentos, com o objetivo de alterar o estado emocional do indivíduo. Exemplos incluem fumar, ingerir medicamentos calmantes ou praticar exercício físico. Ou seja, estratégias voltadas para reduzir a sensação física desagradável de um estado de *stress* (Folkman, 2010).

O ***coping* focado no problema** envolve uma tentativa de lidar com a situação que causou o *stress*, procurando modificá-la. A função dessa estratégia é alterar o problema subjacente na interação entre a pessoa e o ambiente que desencadeia a tensão. A ação de *coping* pode ser direcionada interna ou externamente: quando o *coping* focado no problema é direcionado a uma fonte externa de *stress*, inclui estratégias como negociar para resolver um conflito interpessoal ou solicitar ajuda prática de outras pessoas. O *coping* focado no problema e direcionado internamente envolve, geralmente, a reestruturação cognitiva, como a redefinição do elemento stressor (Antoniazzi & Bandeira, 1998).

Embora a maioria dos stressores provoque ambos os tipos de *coping*, o *coping* focado no problema tende a predominar quando as pessoas sentem que algo construtivo pode ser feito, enquanto o *coping* focado na emoção tende a predominar quando as pessoas sentem que o stressor é algo que deve ser suportado (Folkman & Lazarus, 1980).

Em geral, as formas de *coping* focadas na emoção têm maior probabilidade de ocorrer quando existe uma avaliação de que nada pode ser feito para modificar as

condições prejudiciais, ameaçadoras ou desafiadoras. As formas de *coping* focadas no problema, por outro lado, são mais prováveis quando tais condições são avaliadas como passíveis de mudança (Folkman & Lazarus, 1980).

Atualmente, um terceiro tipo de estratégia de *coping*, conhecido como ***coping focado***, é mencionado na literatura. Este estilo baseia-se em valores e crenças mais profundas, permitindo a revisão dos objetivos existenciais e a reordenação de prioridades por meio da experiência de vida. O objetivo é motivar e sustentar o *coping* e o bem-estar durante períodos difíceis (Folkman, 2010). As estratégias de *coping* focado envolvem a revisão de objetivos, com ênfase nos pontos fortes adquiridos pela experiência de vida e na reordenação de prioridades (Folkman, 2010).

1.4.3 Estratégias de *coping* utilizadas por indivíduos com diabetes mellitus

As estratégias de *coping* podem desempenhar um papel significativo no controle, tratamento e bem-estar psicológico de pacientes diabéticos durante a doença (Tuncay et al., 2008). Pessoas com diabetes tipo 2 estão mais expostas a riscos de saúde mental do que aquelas sem a doença. A diabetes e as obrigações de cuidados especiais que ela exige aos pacientes, criam desafios consideráveis nas suas vidas diárias, tornando necessária a utilização de estratégias de *coping* como um mecanismo de adaptação (Mojahed et al., 2019).

Para ajudar as pessoas com diabetes a lidar com esta doença, as estratégias de *coping* adaptativas são importantes, constituindo uma técnica usada pelo indivíduo para se ajustar adequadamente à situação ou stressor, enquanto o oposto disso é conhecido como maladaptativo (Fisher et al., 2014).

Estratégias adaptativas de *coping*, como aceitação e *coping* ativo, podem ajudar a manter resultados de saúde positivos, como o controle glicémico (Albai et al., 2017). Em contraste, estratégias maladaptativas, como pensamento ilusório e evitação, podem afetar o controle metabólico e resultados psicossociais, como a qualidade de vida e sintomas depressivos (Albai et al., 2017; McCoy & Theeke, 2019).

O *stress* é um problema que desempenha um papel importante nos pacientes com diabetes *mellitus* como causa e efeito da doença (Zamani-Alavijeh et al., 2018).

Segundo Amaral (2012), o *stress* pode desencadear uma diabetes latente em pessoas predispostas e piorar o estado de saúde do diabético.

Não é surpreendente, então, que a gestão da diabetes esteja associada a *distress* específico (Bronner et al., 2020, Holt et al., 2021). O *distress* específico da diabetes é definido como o *stress* emocional associado às preocupações contínuas, que surgem ao gerir uma doença crónica exigente como a diabetes (Fisher et al., 2014).

Arifin e colaboradores (2020) identificaram os conceitos *distress* interno e externo relacionado com a diabetes e estratégias de *coping*. O *distress* interno incluiu apresentar outras doenças, fadiga, fardo emocional e falta de conhecimento, enquanto o *distress* externo incluiu preocupações associadas com os serviços de saúde, dieta, medicação de rotina, medição de açúcar no sangue, *distress* interpessoal e preocupações financeiras.

As estratégias de *coping* para lidar com o *distress* interno incluíram espiritualidade, atitude positiva, aceitação e obtenção de mais informações sobre a diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2). As estratégias externas de *coping* incluíram apoio à saúde, medicina tradicional, vigilância, autogestão e apoio social e familiar (Arifin et al., 2020).

Nesse sentido, a literatura afirma que um tratamento mais intensivo para a diabetes, a longa duração da doença, um maior número de doenças crónicas associadas e o número de complicações relacionadas à diabetes, são indicadores importantes que podem influenciar o nível de *stress* em adultos com diabetes tipo 2 (Hara et al., 2014; Pintaudi et al., 2015; Dyke et al., 2013; Kokoszka, 2017; Madhu et al., 2019; Burns et al., 2016), assim como o uso prolongado de insulina (Iversen et al., 2015; Karlsen et al., 2012; Parsa et al., 2019).

Para superar o *stress* que manifestam devido à diabetes e a outros fatores de *stress*, os pacientes com DM2 utilizam tanto estratégias focadas no problema como focadas na emoção (Szydlo et al., 2003; Chew et al., 2014), os quais podem consistir em estratégias tanto adaptativas como maladaptativas (David & Weber, 2020).

De acordo com Burns e colaboradores (2016), utilizar o método de *coping* focado no problema é a solução mais eficaz para lidar com o *stress* que exerce efeitos negativos na doença e no tratamento.

No entanto, pacientes com percepção de *stress* aumentada beneficiam muito mais dos métodos de *coping* focados na emoção. Em particular, pacientes recém-diagnosticados com DM2 experimentam mais ansiedade e depressão e acreditam que a diabetes afetará negativamente o seu futuro, usando assim métodos de *coping* focados na emoção (Madhu et al., 2019).

Passamos, agora, a apresentar alguns estudos que apresentam as principais estratégias de *coping* utilizadas em doentes diagnosticados com diabetes *mellitus*.

Existem cada vez mais evidências que sugerem que as **crenças e práticas religiosas** oferecem recursos para lidar com situações difíceis como a doença (Amadi et al., 2016; Sohail et al., 2020; Aflakseir & Mahdiyar, 2016). Segundo Amadi e colaboradores (2016) o ato de rezar e manter a fé em Deus têm um impacto positivo no tratamento da DM.

As crenças e atividades espirituais e religiosas podem ajudar a lidar com a situação após o diagnóstico de uma doença crónica, proporcionando apoio, confiança e esperança. No entanto, as práticas religiosas dogmáticas podem dificultar a gestão da doença, fazendo com que os doentes negligenciem as atividades de autocuidado e dependam da oração e/ou meditação para gerir a sua doença (Watkins et al., 2013; Namageyo-Funa et al., 2015; Tuncay et al., 2008). A maioria das atividades religiosas ajudam a eliminar a preocupação e a ansiedade, contribuindo diretamente para a redução do *stress* e a gestão da DM (Amadi et al., 2016; Pfeiffer et al., 2018; Sohail et al., 2020).

No estudo de Resende e colaboradores (2023), o **suporte social**, através do qual família e amigos adquirem o papel de apoio e acompanham a pessoa diabética nas diversas mudanças de estilo de vida, foi a estratégia de *coping* mais utilizada; a segunda foi a **aceitação**, a qual possibilita a compreensão frente ao quadro da doença e ao tratamento adequado através da aquisição de consciência do estado geral de saúde (Silva et al., 2018). A terceira estratégia de *coping* mais usada em pacientes diabéticos foi a **reavaliação positiva**, o que possibilita o desenvolvimento de significados positivos sobre si mesmo e sobre a doença e, por último, o **afastamento**, de forma a evitar pensar no evento stressante e em controlar o mesmo, sendo esta mais prevalente no sexo masculino (Resende et al., 2023), talvez pelo efeito dos fatores culturais que defendem que o homem não deve demonstrar fraqueza e fragilidade (Souza et al., 2021).

Assim, alguns autores referem que existem diferenças na utilização de estratégias de *coping* em função do sexo. Um estudo de Rayanti e colaboradores (2019), refere que enquanto os indivíduos diabéticos do sexo masculino tendem a utilizar mais estratégias de *coping* centradas no problema, as pessoas do sexo feminino recorriam a estratégias focadas na emoção. De acordo com Nurhayati (2016), os participantes do sexo masculino costumam utilizar a lógica em vez dos seus sentimentos, enquanto as participantes do sexo feminino gerem as suas emoções para resolver um problema.

Contudo, num outro estudo realizado por Hara e colaboradores (2014), as mulheres demonstraram pontuações mais altas do que os homens em relação à forma como lidam com a doença, preferindo o evitamento, distanciamento e lidar de forma emocional com a mesma. Assim, embora as mulheres tenham experienciado maiores níveis de *stress* do que os homens, estas estavam mais relutantes em lidar com ele (Hara et al., 2014).

1.5. Estratégias de *Coping* e Autocuidado na Diabetes

O autocuidado da diabetes pode ser muito complexo, desafiador e stressante (Chan et al., 2015), sendo que a gestão diária envolve monitorização frequente da glicose sanguínea, ajustes e administração de insulina, realização de atividades físicas, adoção de uma dieta específica, gestão da duração do sono, além das exigências médicas, sociais e financeiras e dos problemas emocionais que são comuns e contribuem para os desafios gerais de viver com diabetes (Hilliard et al., 2018).

Podem ser desenvolvidas competências para o autocuidado através do desenvolvimento de estratégias de *coping*, gestão do *stress*, técnicas de relaxamento, treino de habilidades de comunicação, as quais são essenciais para lidar com as emoções, especialmente com a culpa, e nas situações de maior sofrimento (Navarta-Sánchez et al., 2018).

Segundo Albai e colaboradores (2017), na diabetes, pessoas que utilizam **estratégias de *coping* focadas na emoção**, de apoio social e focadas na resolução de problemas apresentam níveis mais elevados de atividades positivas de autocuidado relacionadas à diabetes, enquanto aqueles que utilizam estratégias de *coping* de evitamento têm um autocuidado menos eficaz. Embora algumas formas de lidar com o *stress* sejam vistas como maladaptativas, em situações onde o stressor é inevitável, como no autocuidado da diabetes, essas estratégias podem ser uma alternativa viável (Waugh et al., 2020). Por exemplo, a distração e a religião como estratégias de *coping* não removem o stressor, mas contribuem para um maior bem-estar e emoções positivas, podendo levar à procura de significado e propósito de vida (Waugh et al., 2020).

Além disso, de acordo com Kalra e colaboradores (2018) o suporte emocional é essencial para o autocuidado da diabetes, contribuindo para uma gestão eficaz da doença. Este apoio está associado a uma melhor adaptação, responsabilidade no controlo da diabetes e influencia positivamente hábitos alimentares, autoconfiança, bem-estar psicológico e controlo glicémico.

No entanto, algumas pesquisas indicam que indivíduos com DM que recorrem a métodos de *coping* focados na emoção tendem a enfrentar maiores desafios, incluindo problemas de adesão ao tratamento, controle glicémico inadequado e complicações psicossociais associadas à doença (Kokoszka, 2017; Burns et al., 2016; Parildar et al., 2015). Isto contraria o estudo de Murakami e colaboradores (2020), que mostra que a utilização do *coping* focado na emoção, aumentou, o controle glicémico de pacientes com diabetes tipo 2.

Por outro lado, outros estudos demonstram que somente o ***coping* focado no problema** estava relacionado com melhores comportamentos de autocuidado (Kordi et al., 2016; Mirzazadeh-Qashqaei et al., 2023).

Nesse sentido, Hapunda (2022) enfatiza os benefícios do *coping* focado no problema, e ainda, da aceitação, da reavaliação positiva e do apoio percebido através da religião, afirmando que, pacientes que utilizam estes tipos de estratégias de *coping*, quando confrontados com as complicações da diabetes, estão mais propensos a seguir um regime dietético, realizar exercício físico, ingerir adequadamente a medicação, automonitorizar os níveis de açúcar no sangue e cuidar dos seus pés. Já as estratégias de *coping* desadaptativas, como a autocrítica e a distração, estavam associadas a um aumento do sofrimento específico relacionado com a diabetes e a depressão (Hapunda, 2022).

Também, noutros estudos, foram encontrados bons resultados glicémicos em pacientes com DM que utilizaram métodos de *coping* focados no problema, onde se verificou que a adesão ao tratamento aumentou, e os sintomas de depressão foram menos frequentes (Dyke et al., 2013; Parildar et al., 2015).

Segundo Amadi e colaboradores (2016), os indivíduos com DM2 utilizam o *coping* religioso, de várias formas, tanto positivo como negativo, refletindo a importância da religiosidade nas suas vidas e na forma como lidam com a doença.

O *coping* religioso positivo inclui práticas como oração, meditação e participação em atividades religiosas. Essas práticas são associadas a um melhor ajustamento emocional e podem ajudar a proporcionar conforto e esperança durante o processo de *coping* da doença. Os doentes podem integrar as suas crenças religiosas nas estratégias de *coping*, utilizando a fé como uma forma de encontrar significado na sua condição e como um recurso para lidar com a dor e a ansiedade associadas à doença. Estas estratégias de *coping* positivas ajudam na regulação emocional, permitindo que os indivíduos se concentrem mais nos seus cuidados pessoais (Amadi et al., 2016).

Além disso, este tipo de *coping* favorece, muitas vezes um senso de comunidade, devido à participação em grupos de oração, que fornecem um espaço para compartilhar experiências e receber apoio emocional e social. Este ambiente de compreensão proporcionado pelas práticas religiosas é crucial na manutenção de comportamentos de autocuidado como a adesão a dietas específicas e a prática de exercícios físicos (Amadi et al., 2016).

Assim, a religiosidade incentiva os pacientes a seguir rotinas de medicação, monitorizar os níveis de glicose e frequentar assiduamente as consultas médicas, já que a fé pode ser uma fonte de motivação e esperança, promovendo os comportamentos de autocuidado (Amadi et al., 2016).

Já o *coping* negativo envolve sentimentos de abandono por Deus, raiva em relação a Deus ou questões sobre a própria fé. Isso sugere que, enquanto alguns indivíduos encontram força e apoio na religiosidade, outros podem experimentar conflitos ou dúvidas que contribuem para o *stress* emocional. Pessoas que experienciam este tipo de sentimentos sentem-se, frequentemente, desmotivadas para o autocuidado, resultando numa menor adesão a hábitos saudáveis (Amadi et al., 2016).

Deste modo, é possível afirmar que, os indivíduos com diabetes, utilizam tanto estratégias de *coping* focadas na emoção como estratégias de *coping* focadas no problema.

Isto é visível no estudo de Saleem e colaboradores (2024), onde os participantes utilizaram estratégias de *coping* focados no problema, que incluem o uso do suporte social emocional, planeamento e *coping* ativo. Ainda, foram também utilizadas estratégias de *coping* focadas na emoção tais como a reinterpretação positiva, aceitação e autodistração. Estas estratégias são frequentemente utilizadas para gerir as emoções negativas associadas à diabetes e ajudam os indivíduos a perceberem a diabetes como uma condição possível de gerir, incentivando-os a seguir as recomendações médicas e a cuidar da sua saúde (Saleem et al., 2024).

O estudo supracitado observou que os homens tendem a usar mais estratégias de *coping* focadas no problema, enquanto as mulheres tendem a utilizar mais estratégias focadas na emoção. Ou seja, os homens podem adotar comportamentos de autocuidado mais proativos como a procura de informações sobre a diabetes, adesão a tratamentos e a implementação de mudança no estilo de vida, como a dieta e exercícios, enquanto que, as mulheres, ao utilizarem estratégias de *coping* focadas na emoção, podem lidar melhor com as complicações associadas à diabetes e melhorar o estado emocional, o qual é

essencial para a adesão a certos comportamentos de autocuidado como a monitorização da glicose e frequentar, regularmente, as consultas médicas (Saleem et al., 2024).

Por fim, de acordo com um estudo recente de Chindankutty e Devineni (2024), as estratégias de *coping* mais utilizadas por doentes com DM e que incluem o *coping* adaptativo foram as seguintes: *coping* ativo; uso do suporte emocional; uso do suporte instrumental; reinterpretação positiva; planear; aceitação e religião.

Estas estratégias são consideradas proativas e ajudam os indivíduos a enfrentar os desafios da doença e gerir as emoções não saudáveis e a procurar apoio emocional e prático, o que contribui para uma melhor adesão ao autocuidado. O uso de estratégias de *coping* que envolvem o suporte social e reinterpretação positiva pode reduzir o *stress* associado à gestão da diabetes. Isso, por sua vez, pode levar a uma maior motivação para seguir as recomendações de autocuidado, como a monitorização da glicose e adesão à dieta (Chindankutty & Devineni, 2024).

II. Estudo Empírico

Capítulo 2: Metodologia

No decorrer deste capítulo pretende-se realizar uma descrição da metodologia adotada no presente estudo, começando por uma apresentação breve do mesmo onde serão expostos os objetivos que foram testados estatisticamente. Além disso, serão apresentados os instrumentos utilizados na presente investigação, assim como os procedimentos efetuados.

2.1 Apresentação do estudo e dos objetivos

A diabetes *mellitus* é uma doença crónica, a qual pode conduzir, a longo prazo, a danos graves a nível dos vários órgãos, pela presença de níveis elevados de açúcar no sangue (WHO, 2023), podendo afetar também as pessoas a nível socioeconómico e emocional (Arditi et al., 2019; Quinn et al., 2017). Esta doença exige várias mudanças comportamentais e uma gestão vitalícia por parte do doente (Centers for Disease Control and Prevention, 2020), relacionadas principalmente com a dieta, medicação e atividade física (Boas et al., 2011). Assim, o autocuidado na diabetes, definido como as atividades realizadas em próprio benefício do doente, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (ADA, 2019; Neta et al., 2015), continua a ser o aspeto mais desafiante na gestão da doença.

Desta forma, e tendo em consideração o referencial teórico apresentado anteriormente, torna-se importante estudar se existe uma relação da diabetes *mellitus* tipo 2 com os níveis de adesão ao autocuidado e, também, conhecer as estratégias de *coping* que estes doentes utilizam na gestão da diabetes, assim como a relação destas variáveis com algumas variáveis sociodemográficas e clínicas.

Para uma recolha e tratamento de dados é essencial que se planifique antecipadamente o estudo e que se selecione a metodologia mais adequada, de acordo com as variáveis de investigação e os objetivos estabelecidos. Assim, o presente estudo assenta num design correlacional já que o objetivo do estudo é avaliar a relação, associação ou correlação entre as variáveis em questão (Martins, 2011). Além disso, trata-se de um estudo quantitativo uma vez que se avaliam e analisam dados quantificáveis e observáveis, por meio de procedimentos estatísticos (Martins, 2011) e, ainda,

comparativo pois pretende-se comparar diferentes variáveis em estudo de modo a identificar semelhanças e diferenças entre as mesmas (Daen, 2011). Em relação ao momento de recolha de dados, estamos perante um estudo transversal pois a recolha é realizada num único momento, não sendo expectável explorar alterações das variáveis ao longo do tempo (Daen, 2011; Pais-Ribeiro, 2010).

Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo avaliar a adesão ao autocuidado e as estratégias de *coping* utilizadas numa amostra de pessoas diagnosticadas com diabetes *mellitus* tipo 2, em seguimento nas consultas de diabetologia do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira. Como objetivos específicos preconizam-se: (1) avaliar se existem diferenças entre os níveis de adesão ao autocuidado em função de algumas características sociodemográficas como a idade, sexo, estado civil e residir ou não sozinho; (2) avaliar se existem diferenças entre os níveis de adesão ao autocuidado em função de algumas características clínicas relacionadas com a DM (tempo de diagnóstico, existência de outros problemas de saúde crónicos e utilização de insulina injetável); (3) avaliar se existem diferenças entre o tipo de estratégias de *coping* utilizadas em função de algumas características sociodemográficas como a idade, sexo, estado civil e residir ou não sozinho; (4) avaliar se existem diferenças entre o tipo de estratégias de *coping* utilizadas em função de algumas características clínicas relacionadas com a DM (tempo de diagnóstico, existência de outros problemas de saúde crónicos e utilização de insulina injetável); e (5) avaliar se existe relação entre o tipo de estratégias de *coping* utilizadas e os níveis de adesão ao autocuidado.

2.2 Método

2.2.1 Instrumentos

De acordo com as variáveis em estudo, foram selecionados os questionários que permitiriam proceder à recolha de informação relativa aos objetivos propostos. Assim, foram aplicados um questionário sociodemográfico, a Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (EAAC) (adaptado e validado para a população portuguesa por Bastos e Lopes, em 2004) e o *Brief Cope* (adaptado e validado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro e Rodrigues, em 2004), os quais são caracterizados de seguida.

2.2.1.1 Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico apresentado aos participantes teve como objetivo a recolha de dados demográficos, de informações relativas à situação familiar, à situação profissional e à condição clínica, para uma melhor compreensão e interpretação dos resultados.

Foram consideradas variáveis como a idade, o sexo, a nacionalidade, as habilitações literárias, estado civil e situação profissional. Relativamente à doença, foram englobadas questões como o tempo de diagnóstico, a existência de outro problema de saúde crónico, se tem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico e se existem familiares com diabetes. Além disso, o questionário aborda o tipo de medicação utilizada, se oral ou injetável, para o controlo da diabetes, assim como a monitorização da glicemia e a situação atual dos níveis glicémicos.

As últimas questões do questionário apresentam-se numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (de “muito insatisfeito” a “muito satisfeito”) e relacionam-se com a satisfação que os participantes revelam tendo em conta as informações que possuem sobre a sua doença e o tratamento e também sobre a qualidade dos serviços prestados pela instituição de saúde que frequentam.

2.2.1.2 Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (EAAC)

A Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes é uma medida multidimensional de autogestão da diabetes, que mede de forma indireta a adesão, através dos níveis de autocuidado (Bastos et al., 2007).

A escala foi traduzida e validada para a população portuguesa por Bastos e Lopes (2004) da escala “*Summary of Diabetes Self-Care Activities - SDSCA*” de Glasgow, Toobert e Hampson (2000), tendo sofrido uma adaptação tanto linguística como cultural (para tal, foi necessário acrescentar e subdividir alguns itens).

A escala é constituída por 24 itens, sendo que estes se encontram agrupados em 7 dimensões: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, medicação, monitorização da glicémia, cuidados com os pés e hábitos tabágicos, sendo parametrizada em dias da semana, numa escala de 0 a 7, que corresponde aos comportamentos adotados nos últimos sete dias, em que o zero é a situação menos favorável e sete a mais desejável (Bastos et al., 2007). É importante salientar que a subescala “alimentação específica” é cotada de forma invertida e a dimensão “hábitos tabágicos” não entra no somatório global da escala (Bastos et al., 2007).

Esta versão traduzida e adaptada apresenta uma consistência interna aceitável para as principais componentes do regime terapêutico (Bastos et al., 2007). Nesse sentido, a subescala “**Alimentação geral**” (3 itens) apresentou uma consistência interna aceitável ($\alpha=0,68$); a “**Alimentação específica**” (6 itens), foi a subescala que introduziu mais adaptações, dada a cultura portuguesa, tal como o consumo de pão e álcool à refeição, apresentando uma consistência interna de $\alpha=0,63$ e a subescala “**Cuidado com os pés**”, com 3 itens, mostrou uma consistência interna de $\alpha=0,61$. Não existiu especificação detalhada dos valores de consistência interna para as subescalas “Monitorização de glicemia”, “Medicamentos” e “Hábitos Tabágicos” (Bastos et al., 2007).

Assim, considerou-se que valores de alfa de *Cronbach* inferiores a .50 indicam uma consistência interna inaceitável, valores entre .50 e .60 assumem uma consistência interna fraca, valores entre .60 e .70 correspondem a uma consistência interna aceitável, valores entre .70 e .90 apontam para uma consistência interna boa e, por fim, valores superiores a .90 indicam uma consistência interna muito boa (Pereira & Patrício, 2013).

No que diz respeito ao presente estudo, o instrumento referido apresentou um alfa de *Cronbach* total de .64, considerado aceitável. Em específico, a subescala “**Alimentação geral**”, apresentou uma consistência interna inaceitável (.46), assim como as subescalas “**Monitorização da glicemia**” e “**Hábitos tabágicos**” (.18 e .08, respetivamente), sendo que estas duas últimas não serão consideradas pertinentes pela falta de consistência, ao longo do estudo, à semelhança dos valores referidos no artigo de validação da escala. Além disso, a subescala “**Medicamentos**” mostrou uma consistência interna de .53, que se caracteriza como fraca. Por fim, as subescalas “**Alimentação específica**”, “**Atividade física**” e “**Cuidado com os pés**”, apresentaram um alfa de *Cronbach* aceitável (.63, .68, .63, respetivamente) (Tabela 2).

Ao aplicar esta escala, é possível identificar áreas de necessidades em cuidados de saúde e o plano de intervenções, bem como avaliar o resultado dessas intervenções, medindo a mudança no comportamento que se pretende (Bastos et al., 2007).

Tabela 2

Cálculo da Confiabilidade da EAAC e das suas subescalas através do Alfa de Cronbach

	Alfa de <i>Cronbach</i>
Alimentação geral	.46
Alimentação específica	.63
Atividade física	.68
Monitorização da glicemia	.18
Cuidado com os pés	.63

Medicamentos	.53
Hábitos tabágicos	.08
EAAC total	.64

2.2.1.3 *Brief Cope*

O *Brief Cope* é uma versão reduzida e adaptada do COPE, originalmente desenvolvido por Carver e colaboradores (1989), para avaliar as estratégias individuais de *coping*, sendo originalmente constituído por 60 itens distribuídos por 15 escalas (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

O *Brief Cope*, foi adaptado e validado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004) e elaborado com o propósito de reduzir o tempo necessário que os participantes levariam para responder ao questionário e ainda para avaliar adequadamente as qualidades psicológicas relacionadas com o *coping*. Assim, o instrumento passou a conter 28 itens agrupados em 14 subescalas: **Coping ativo** (itens 2 e 7); **Planear** (itens 14 e 25), **Utilização de suporte instrumental** (itens 10 e 23), **Utilização de suporte social emocional** (itens 5 e 15), **Religião** (itens 22 e 27), **Reinterpretação positiva** (12 e 17), **Autoculpabilização** (itens 13 e 26), **Aceitação** (itens 20 e 24), **Expressão de sentimentos** (itens 9 e 21), **Negação** (itens 3 e 8), **Autodistração** (itens 1 e 19), **Desinvestimento comportamental** (itens 6 e 16), **Uso de substâncias** (itens 4 e 11) e **Humor** (itens 18 e 28).

De acordo com Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004), o **Coping ativo** diz respeito à iniciativa de uma ação ou realização de esforços para remover o stressor; o **Planear** refere-se a pensar sobre o modo de confrontar o stressor e planear esforços de *coping* ativos; **Utilização de suporte social emocional** passa por conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém; a **Utilização do suporte instrumental** passa por procurar ajuda, informações ou conselhos acerca do que fazer; a **Religião** associa-se ao aumento de participação em atividades religiosas; a **Reinterpretação positiva** passa por ver o problema de uma forma mais favorável; a **Autoculpabilização**, na qual a pessoa se culpabiliza e se autocritica pelo que aconteceu; a **Aceitação** está relacionada com o aceitar que o evento indutor de *stress* ocorre e é real; a **Expressão de sentimentos** refere-se ao aumento da consciência do *stress* emocional pessoal e a tendência para exprimir os sentimentos; a **Negação** assenta na tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento stressante; a **Autodistração** refere-se ao desinvestimento mental do objetivo com que o stressor está a interferir; o **Desinvestimento comportamental** implica desistir ou deixar de se esforçar na tentativa de alcançar o

objetivo com o qual o stressor está a interferir; o **Uso de substâncias** compreende o uso de álcool ou outras drogas (medicamentos) como meio de desinvestir do stressor e, por último, o **Humor** refere-se a fazer piadas e brincadeiras acerca do stressor.

No que diz respeito à consistência interna obtida no estudo de Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004), com recurso ao Alfa de *Cronbach*, verificaram-se valores satisfatórios, seguindo os padrões da versão original. Os alfas para as 14 subescalas são os seguintes: **Coping ativo** (.65), **Planear** (.70), **Reinterpretação positiva** (.74), **Aceitação** (.55), **Humor** (.83), **Religião** (.80), **Utilização do suporte emocional** (.79), **Utilização do suporte instrumental** (.81), **Autodistração** (.67), **Negação** (.72), **Expressão de sentimentos** (.84), **Uso de substâncias** (.81), **Desinvestimento comportamental** (.78) e **Autoculpabilização** (.62) (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

No presente estudo foi calculada a consistência interna da escala que se revelou muito boa (.81) (Pereira & Patrício, 2013) e, ainda, a consistência interna de cada subescala. Assim, obteve-se uma consistência interna inaceitável nas subescalas **Planear**, **Autodistração** e **Desinvestimento comportamental** (.48, .35, e .35, respetivamente), uma consistência fraca na subescala **Coping ativo** (.51) e na subescala **Utilização do suporte instrumental**, obteve-se uma consistência aceitável (.68). Em relação às subescalas **Utilização do suporte social emocional** (.75), **Reinterpretação positiva** (.75), **Religião** (.90), **Autoculpabilização** (.73), **Aceitação** (.72), **Expressão de sentimentos** (.88), **Negação** (.79) e **Uso de Substâncias** (.79), obteve-se uma consistência interna boa e, por fim, a subescala **Humor** apresentou uma consistência muito boa (.94) (Pereira & Patrício, 2013). Pela mesma razão apresentada na descrição da escala anterior, as subescalas Autodistração e Desinvestimento comportamental não serão consideradas nas análises (Tabela 3).

Tabela 3

Cálculo da Confiabilidade do Brief Cope e das suas subescalas através do Alfa de Cronbach

	Alfa de <i>Cronbach</i>
<i>Coping</i> ativo	.51
Planear	.48
Utilização de suporte instrumental	.68
Utilização de suporte social emocional	.75
Religião	.90

Reinterpretação positiva	.75
Autoculpabilização	.73
Aceitação	.72
Expressão de sentimentos	.88
Negação	.79
Autodistração	.35
Desinvestimento comportamental	.35
Uso de substâncias	.79
Humor	.94
<i>Brief Cope</i> total	.81

2.3 Procedimentos

2.3.1 Recolha de dados

Antes do início da recolha de dados, foi apresentado à Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (CHUCB), um pedido de autorização para a realização deste estudo, tendo-se obtido parecer favorável para a realização do estudo (ref: nº 17/2024). (Anexo I)

Uma vez no serviço de diabetologia do hospital, os utentes com diabetes tipo 2, que tinham consulta agendada, eram reencaminhados pelo médico, para participarem no projeto. Foram explicados aos participantes, os objetivos do estudo, tendo ainda sido obtido o consentimento informado para a sua participação voluntária. Caso o utente preenchesse os critérios de inclusão (Adulto diagnosticado com Diabetes *Mellitus* tipo 2 e que sejam seguidos nas consultas de diabetologia no CHUCB; com diagnóstico há mais de 6 meses; e residentes em Portugal), seguia-se com a aplicação dos instrumentos.

2.3.2 Tratamento estatístico dos dados

Para proceder à análise dos dados, foi criada uma base de dados de raiz, tendo sido utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 29.0.1.

Para a análise da influência de alguns fatores sociodemográficos e clínicos, entre os quais: sexo, idade dicotomizada (<70 anos e ≥70 anos), estado civil dicotomizado (casados/união de facto e outros), residir sozinho, tempo de diagnóstico dicotomizado

(≤ 15 anos e > 15 anos), outros problemas de saúde crónicos e se injetava insulina, sobre os domínios do autocuidado e os domínios do *coping*, recorreu-se ao teste de *Mann-Whitney*, uma vez que o pressuposto da normalidade, verificada com os testes de *Kolmogorov-Smirnov* ou *Shapiro-Wilk*, foi em geral violado.

Para se medir a correlação entre os domínios do autocuidado e os domínios do *coping* recorreu-se ao coeficiente de correlação não paramétrico de *Spearman*, devido ao facto de não se terem encontrado tendências lineares entre os domínios referidos.

Todos os testes de hipóteses foram considerados significativos quando o respetivo valor de prova (p) não excedeu o nível de significância de 5%.

Capítulo 3: Apresentação dos resultados

3.1 Participantes

A amostra deste estudo é constituída por 71 utentes, seguidos na consulta de diabetologia, do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (CHUCB), com diagnóstico de Diabetes *Mellitus* (DM) tipo 2, com idades compreendidas entre os 43 e os 91 anos de idade, que responderam de forma válida aos questionários aplicados.

Desta forma, os critérios de inclusão deste estudo passam pela existência de diagnóstico de DM há mais de 6 meses e ser residente em Portugal. Por outro lado, os critérios de exclusão consistem: ter idade inferior a 18 anos, não ser residente em Portugal e ter sido diagnosticado há menos de 6 meses.

Relativamente à **caracterização sociodemográfica** da amostra (Tabelas 4 e 5), esta foi composta por 71 participantes, com um intervalo de idades entre os 43 e os 91 anos, (M= 68.66; DP= 11.51), com uma predominância do sexo masculino (57.7% do sexo masculino; 42.3% do sexo feminino).

Tabela 4

Idade

	Média	Desvio- Padrão	Mediana	Percentis		Mínimo	Máximo
				25	75		
Idade	68.66	11.51	70.00	64.00	78.00	43	91

No que diz respeito à nacionalidade, a maioria dos participantes eram portugueses (94.4%), sendo que somente 4.2% eram de nacionalidade brasileira e 1.4% de nacionalidade angolana. Além disso, relativamente às habilitações literárias, a generalidade dos inquiridos completou os estudos até ao 4º ano (50.7%), 28.2% até ao 6º ano, 8.5% até ao 9º ano, 7.0% possui o 12º ano, 4.2% completou a licenciatura e somente 1.4% o mestrado. Em relação ao estado civil, a generalidade dos participantes é casada (69.0%), sendo que 18.3% é viúvo, 9.9% divorciados e 2.8% solteiros. A maior parte dos inquiridos não residia sozinho (77.5%), no entanto 22.5% responderam que viviam sozinhos. Faziam parte do agregado familiar da maioria dos participantes o cônjuge ou companheiro/a (63.6%), 7.3% viviam com o/os filho(s), 18.2% com ambos e 1.8% com os pais e/ou sogros. No que concerne à situação profissional, 71.8% dos inquiridos eram reformados, 4.2% domésticos, 18.3% estavam empregados, 4.2%

desempregados e 1.4% eram estudantes e empregados. Por fim, grande parte dos participantes (98.6%) não se encontravam de baixa médica, sendo que somente 1.4% se encontrava nesta situação (Tabela 5).

Em relação ao nível de satisfação que os inquiridos apresentavam, no que diz respeito às informações que tinham sobre a sua doença e o tratamento, a maior parte respondeu que se sentia muito satisfeito (53.3%) e 43.7% satisfeito. Já a nível da satisfação com a qualidade dos serviços prestados pela instituição de saúde que frequentava, 50.7% respondeu muito satisfeito e 47.9% estava satisfeito.

Tabela 5

Características Sociodemográficas

		n	%
Sexo	Masculino	41	57.7
	Feminino	30	42.3
Nacionalidade	Portuguesa	67	94.4
	Brasileira	3	4.2
	Angolana	1	1.4
Habilitações literárias	Até ao 4º ano	36	50.7
	6º ano	20	28.2
	9º ano	6	8.5
	12º ano	5	7.0
	Licenciatura	3	4.2
	Mestrado	1	1.4
Estado Civil	Solteiro	2	2.8
	Casado/união de facto	49	69.0
	Divorciado	7	9.9
	Viúvo	13	18.3
Residência	Reside sozinho	16	22.5
	Não reside sozinho	55	77.5
Agregado Familiar	Cônjuge/companheiro	35	63.6
	Filho(s)	4	7.3
	Pais e/ou sogros	1	1.8

	Cônjuge/companheiro, pais e sogros	10	18.2
	Filhos e neto	1	1.8
	Cônjuge/companheiro, filhos, nora e netas	1	1.8
	Filhos e netos	1	1.8
	Cônjuge/companheiro, filhos e neto	1	1.8
Situação profissional	Doméstico	3	4.2
	Empregado	13	18.3
	Desempregado	3	4.2
	Reformado	51	71.8
	Estudante e empregado	1	1.4
Baixa médica	Encontra-se de baixa médica	1	1.4
	Não se encontra de baixa médica	70	98.6

Relativamente à **caracterização clínica** da amostra (Tabelas 6 e 7), o tempo de diagnóstico da diabetes apresentou uma média de 17.24 anos (DP=11.30) e o tempo de seguimento nas consultas do hospital correspondeu a uma média de 11 anos (DP=9.70). Ainda, 81.7% dos participantes não apresentavam outro problema de saúde crónico, enquanto 18.3% responderam que tinham outra doença crónica, sendo a mais prevalente a hipertensão arterial e doença coronária crónica (15.4%).

No que diz respeito ao acompanhamento psicológico/psiquiátrico, 94.4% afirmou não ser acompanhado nesta área e 5.6% tinha este tipo de acompanhamento. A maior parte dos inquiridos não gostaria de ter acompanhamento psicológico (82.1%), enquanto 17.9% gostaria de ser acompanhado psicologicamente. Além disso, 54.9% dos utentes referiram ter familiares com diabetes, com maior prevalência na figura materna (29.3%), e 45.1% mencionou não ter ninguém na família com esta doença.

Ainda, em relação à toma da medicação para a diabetes, a maior parte dos participantes (90.1%) usava medicação oral, mas 9.9% não utilizava este tipo de medicação. Já em relação ao uso de insulina injetável, 85.9% referiram fazer uso deste tipo de medicação enquanto 14.1% não o fazia. Assim, 77.5% dos participantes utilizam os dois tipos de medicação para controlo da diabetes.

Por fim, a maior parte dos inquiridos (91.5%) fazia o controlo regular da sua glicemia, sendo que era mais prevalente o controlo diário (68.7%), apesar de 8.5% dos participantes não o fazer. Os níveis de glicemia foram relatados como “bons” por 31.0% dos utentes, “mais ou menos” por 63.4% e “maus” por 5.6% dos mesmos. Já o internamento, devido à diabetes, ocorreu somente com 12.7% dos inquiridos, sendo que 87.3% nunca esteve internado por conta da doença.

Tabela 6

Tempo de Diagnóstico e Tempo de Seguimento nas Consultas do Hospital

	Média	Desvio- Padrão	Mediana	Percentis		Mínimo	Máximo
				25	75		
Tempo de diagnóstico	17.24	11.30	15.00	7.00	24.00	1	50
Tempo de seguimento nas consultas do hospital	11.00	9.69	7.00	4.00	18.00	1	40

Tabela 7

Características Clínicas

		n	%
Problemas crónicos	Não	58	81.7
	Sim	13	18.3
Tipo de problema crónico	Asma	1	7.7
	Insuficiência Renal	1	7.7
	Artrite Reumatoide	1	7.7
	Doença de <i>Crohn</i>	1	7.7
	Acidente Vascular Cerebral	1	7.7
	Doença Coronária Crónica	2	15.4
	Doença Hepática Crónica	1	7.7
	Hipertensão Arterial	2	15.4
	Lupus e Hipertensão Arterial	1	7.7
	Cancro	1	7.7
	Cancro e Colesterol	1	7.7
Acompanhamento psicológico/psiquiátrico	Não	67	94.4
	Sim	4	5.6
Gostaria de ter acompanhamento psicológico/psiquiátrico	Não	55	82.1
	Sim	12	17.9
Familiar com diabetes	Não	32	45.1
	Sim	39	54.9

Parentesco do familiar com diabetes	Irmão	3	7.3
	Irmãs	2	4.9
	Mãe	12	29.3
	Pais	3	7.3
	Filho	2	4.9
	Irmã	1	2.4
	Irmãos e pai	4	9.8
	Pai	5	12.2
	Tios e esposa	1	2.4
	Pai e tia	1	2.4
	Irmãos e tios	1	2.4
	Pai, irmão e avó	1	2.4
	Toda a família	1	2.4
	Mãe, pai e irmão	2	4.9
	Irmão e tios	1	2.4
Irmãos	1	2.4	
Medicação oral	Não	7	9.9
	Sim	64	90.1
Insulina injetável	Não	10	14.1
	Sim	61	85.9
Controlo regular da glicémia	Não	6	8.5
	Sim	65	91.5
Regularidade do controlo da glicémia	Diariamente	46	68.7
	Semanalmente	19	28.4
	Mensalmente	1	1.5
	Outra	1	1.5
Níveis de glicemia	Bons	22	31.0
	Mais ou menos	45	63.4
	Maus	4	5.6
Internamento	Não	62	87.3
	Sim	9	12.7

3.2 Análise descritiva dos resultados

3.2.1 Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (EAAC)

No que diz respeito à Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes (EAAC), de acordo com os dados apresentados na Tabela 8, podemos verificar que o Cuidado com os pés foi a dimensão cuja média foi mais elevada ($M=6.59$), sugerindo que os participantes apresentam este comportamento, em média, seis vezes por semana. No entanto, a dimensão Atividade física foi a que revelou uma menor média ($M=1.83$), indicando que, os inquiridos praticam exercício físico, em média, uma vez na semana. Além disso, é possível constatar que a média correspondente à EAAC foi de $M=5.03$, o que significa que os indivíduos apresentam comportamentos gerais de autocuidado cinco vezes por semana.

Tabela 8

Estatística Descritiva da EAAC

	Média	Desvio- Padrão	Mediana	Percentis		Min-Máx
				25	75	
Alimentação geral	4.41	1.75	4.00	4.00	5.50	0-7
Alimentação específica	4.77	1.45	5.00	4.00	6.00	1-7
Atividade física	1.83	1.94	1.00	.00	3.00	0-7
Cuidado com os pés	6.59	1.15	7.00	7.00	7.00	0-7
Medicamentos	6.27	1.49	7.00	6.50	7.00	0-7
EAAC	5.03	.85	5.00	4.50	6.00	3-7

De acordo com a Tabela 9 podemos verificar que a maior parte dos participantes (46.5%) desenvolveram atividades de autocuidado com a diabetes 5 dias por semana, sendo que apenas 2.8%, apresentam comportamentos de autocuidado 7 dias por semana.

Tendo em conta as subescalas, verificámos que, em relação à Alimentação geral, somente 15.5% dos inquiridos apresentou estes cuidados 7 dias por semana, sendo que a maioria afirmou ter cuidados com a alimentação entre 4 e 5 dias por semana. No que concerne à Alimentação específica, apenas 26.8% dos participantes revelaram aderir a este cuidado específico 6 dias por semana. Além disso, foi notória a falta de prática de Atividade física por parte dos indivíduos, sendo que 36.6%, referiu não praticar em nenhum dia da semana. Relativamente ao Cuidado com os pés, os resultados mostraram

que a grande parte dos participantes (83.1%) a realizavam 7 dias por semana. Por fim, a adesão aos medicamentos revelou que a maioria dos inquiridos (74.6%) cumpria as prescrições recomendadas 7 dias por semana.

Assim, podemos observar que o Cuidado com os pés e a toma dos Medicamentos são as subescalas onde os participantes revelaram ter mais comportamentos de autocuidado com a diabetes, durante 7 dias por semana.

Tabela 9

Frequências da EAAC e das suas subescalas

	Número de dias por semana	n	%
EAAC	3 dias por semana	2	2.8
	4 dias por semana	16	22.5
	5 dias por semana	33	46.5
	6 dias por semana	18	25.4
	7 dias por semana	2	2.8
Alimentação geral	0 dias por semana	1	1.4
	1 dia por semana	3	4.2
	2 dias por semana	9	12.7
	3 dias por semana	3	4.2
	4 dias por semana	21	29.6
	5 dias por semana	16	22.5
	6 dias por semana	7	9.9
	7 dias por semana	11	15.5
Alimentação específica	1 dia por semana	1	1.4
	2 dias por semana	5	7.0
	3 dias por semana	6	8.5
	4 dias por semana	18	25.4
	5 dias por semana	15	21.1
	6 dias por semana	19	26.8
	7 dias por semana	7	9.9
Atividade física	0 dias por semana	26	36.6
	1 dia por semana	11	15.5
	2 dias por semana	12	16.9
	3 dias por semana	6	8.5
	4 dias por semana	9	12.7
	5 dias por semana	3	4.2
	6 dias por semana	2	2.8
	7 dias por semana	2	2.8
Cuidado com os pés	0 dias por semana	1	1.4
	2 dias por semana	1	1.4
	5 dias por semana	7	9.9
	6 dias por semana	3	4.2

	7 dias por semana	59	83.1
Medicamentos	0 dias por semana	1	1.4
	2 dias por semana	3	4.2
	3 dias por semana	1	1.4
	4 dias por semana	1	1.4
	5 dias por semana	11	15.5
	6 dias por semana	1	1.4
	7 dias por semana	53	74.6

3.2.2 *Brief Cope*

De acordo com a Tabela 10 verificou-se que a estratégia de *coping* mais utilizada pelos participantes foi a **Aceitação** (M=2.23; DP=.68) e a menos utilizada foi o **Uso de substâncias** (M=.10; DP=.35).

Tabela 10

Estatística Descritiva das subescalas do Brief Cope

	Média	Desvio- Padrão	Mediana	Percentis		Mínimo	Máximo
				25	75		
<i>Coping</i> ativo	2.08	.65	2.00	2.00	2.50	1	3
Planear	1.89	.73	2.00	1.00	2.00	0	3
Utilização de suporte instrumental	1.42	.69	2.00	1.00	2.00	0	3
Utilização de suporte social emocional	2.07	.72	2.00	2.00	2.50	0	3
Religião	1.48	1.17	2.00	.00	2.00	0	3
Reinterpretação Positiva	2.00	.68	2.00	2.00	2.00	0	3
Autoculpabilização	.82	.70	1.00	.00	1.00	0	3
Aceitação	2.23	.68	2.00	2.00	3.00	1	3
Expressão de sentimentos	1.54	.77	2.00	1.00	2.00	0	3
Negação	.66	.83	.00	.00	1.00	0	3
Uso de substâncias	.10	.35	.00	.00	.00	0	2
Humor	1.49	.95	2.00	1.00	2.00	0	3

3.3 Análise inferencial dos dados

Nesta secção pretendeu-se analisar a influência de diversos fatores sociodemográficos (idade, sexo, estado civil e residir sozinho) e clínicos (tempo de diagnóstico, outros problemas de saúde crónicos e utilização de insulina injetável) sobre os domínios do autocuidado e do *coping* e, adicionalmente, verificar como se correlacionam.

3.3.1 Adesão ao autocuidado e características sociodemográficas

Analisou-se a influência de duas **faixas etárias**, menos de 70 anos e igual ou superior a 70 anos, nos domínios do autocuidado (Tabela 11). Verificou-se a existência de apenas uma diferença estatisticamente significativa entre o número de dias da subescala Atividade física das duas faixas etárias consideradas ($p = <.001$), sendo que os menores de 70 anos apresentaram mais comportamentos de autocuidado nesse aspeto ($M=2.62$, $DP=2.03$ versus $M=1.11$, $DP=1.56$). Assim, a idade influenciou os níveis de atividade física nos comportamentos de autocuidado. Não foi encontrada qualquer outra diferença estatisticamente significativa entre o número de dias dos domínios do autocuidado de acordo das duas faixas etárias consideradas.

Tabela 11

Análise da Diferença em cada escala da EAAC entre Faixas Etárias

	Faixa etária		Estatística U	p^1
	<70 anos (N=34)	≥ 70 anos (N=37)		
Alimentação Geral			617.5	.892
M (DP)	4.38 (1.99)	4.43 (1.52)		
Md (P25; P75)	4 (3; 6)	5 (4; 5)		
Mín.; Máx.	0; 7	1; 7		
Alimentação Específica			617.5	.892
M (DP)	4.74 (1.60)	4.81 (1.31)		
Md (P25; P75)	5 (4; 6)	5 (4; 6)		
Mín.; Máx.	1; 7	2; 7		
Atividade Física			350.0	<.001
M (DP)	2.62 (2.03)	1.11 (1.56)		
Md (P25; P75)	3 (1; 4)	1 (0; 2)		
Mín.; Máx.	0; 7	0; 6		
Cuidado com os Pés			613.0	.778
M (DP)	6.44 (1.52)	6.73 (.65)		

Md (P25; P75)	7 (4; 6)	7 (4; 6)		
Mín.; Máx.	0; 7	5; 7		
Medicamentos			616.0	.844
M (DP)	6.29 (1.32)	6.24 (1.66)		
Md (P25; P75)	7 (5; 7)	7 (7; 7)		
Mín.; Máx.	2; 7	0; 7		
Autocuidado Total			600.0	.721
M (DP)	5.06 (1.01)	5.00 (.68)		
Md (P25; P75)	5 (4; 6)	5 (5; 5)		
Mín.; Máx.	3; 7	4; 6		

Nota: A negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos para o nível de significância de 5%.

¹ Teste de *Mann-Whitney*

Para a análise da influência do **sexo**, verificou-se que as mulheres desempenhavam mais atividades gerais de autocuidado (M=5.27; DP=.79) do que os homens (M=4.85; DP=.85), sendo a diferença estatisticamente significativa ($p=.015$). Além disso, encontrou-se outra diferença estatisticamente significativa entre o número de dias da Alimentação específica dos dois sexos ($p<.001$), sendo que a média deste comportamento é maior nas mulheres (M=4.43; DP=1.07) do que nos homens (M=4.29; DP=1.54). No entanto, por conta de os itens dessa subescala terem sido invertidos, isto sugere que as mulheres revelavam uma menor adesão à alimentação específica comparativamente com os homens (Tabela 12).

Tabela 12

Influência do Sexo nos Domínios do Autocuidado

	Sexo		Estatística U	<i>p</i> ¹
	M (n=41)	F (n=30)		
Alimentação Geral			529.0	.306
M (DP)	4.27 (1.67)	4.60 (1.86)		
Md (P25; P75)	4 (4; 5)	5 (4; 6)		
Mín.; Máx.	1; 7	0; 7		
Alimentação Específica			338.0	<.001
M (DP)	4.29 (1.54)	4.43 (1.07)		
Md (P25; P75)	4 (3; 5)	6 (5; 6)		
Mín.; Máx.	1; 7	3; 7		
Atividade Física			592.0	.782
M (DP)	1.95 (2.13)	1.67 (1.67)		
Md (P25; P75)	1 (0; 4)	2 (0; 3)		
Mín.; Máx.	0; 7	0; 6		
Cuidado com os Pés			543.0	.199

M (DP)	6.44 (1.42)	6.80 (.61)		
Md (P25; P75)	7 (7; 7)	7 (7; 7)		
Mín.; Máx.	0; 7	5; 7		
Medicamentos			544.0	.278
M (DP)	6.05 (1.76)	6.57 (.97)		
Md (P25; P75)	7 (5; 7)	7 (7; 7)		
Mín.; Máx.	0; 7	3; 7		
Autocuidado Total			420.5	.015
M (DP)	4.85 (.85)	5.27 (.79)		
Md (P25; P75)	5 (4; 5)	5 (5; 6)		
Mín.; Máx.	3; 7	3; 6		

Nota: A negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos para o nível de significância de 5%.

[†] Teste de *Mann-Whitney*

Para se analisar a influência do **estado civil** nos domínios do autocuidado, foram considerados dois grupos: Casados/união de facto e Solteiros, Divorciados e Viúvos. Não se encontraram quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre o número de dias de adesão ao autocuidado nos dois grupos considerados (Tabela 13).

Tabela 13

Análise da Diferença em cada escala da EAAC devida ao Estado Civil

	Estado Civil		Estatística U	p [†]
	Casados/União de facto (n=46)	Solteiros, Divorciados e Viúvos (n=22)		
Alimentação Geral			531.0	.919
M (DP)	4.32 (1.67)	4.45 (1.79)		
Md (P25; P75)	5 (4; 5)	4 (4; 6)		
Mín.; Máx.	1; 7	0; 7		
Alimentação Específica			442.0	.217
M (DP)	4.41 (1.94)	4.94 (1.36)		
Md (P25; P75)	4.50 (3; 6)	5 (4; 6)		
Mín.; Máx.	1; 7	2; 7		
Atividade Física			416.5	.116
M (DP)	1.45 (2.15)	2.00 (1.84)		
Md (P25; P75)	.50 (0; 2)	2 (0; 4)		
Mín.; Máx.	0; 7	0; 6		
Cuidado com os Pés			496.0	.412
M (DP)	6.41 (1.56)	6.67 (.92)		
Md (P25; P75)	7 (7; 7)	7 (7; 7)		
Mín.; Máx.	0; 7	2; 7		

Medicamentos			489.0	.414
M (DP)	6.09 (1.69)	6.35 (1.41)		
Md (P25; P75)	7 (5; 7)	7 (7; 7)		
Mín.; Máx.	0; 7	2; 7		
Autocuidado Total			440.5	.190
M (DP)	4.82 (.91)	5.12 (.81)		
Md (P25; P75)	5 (4; 6)	5 (4; 6)		
Mín.; Máx.	3; 6	3; 7		

Nota: A negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos para $p < .05$

¹ Teste de *Mann-Whitney*

No que concerne à influência de **residir sozinho**, encontrou-se somente uma diferença estatisticamente significativa entre o número de dias do autocuidado total ($p=.046$), tendo-se observado maior autocuidado total médio nas pessoas que não residiam sozinhas (M=5.13 DP=.84) do que aquelas que residiam sozinhas (M=4.69; DP=.79) (Tabela 14).

Tabela 14

Análise da Diferença em cada escala da EAAC devida à variável Residir Sozinho

	Reside sozinho		Estatística U	p^1
	Sim (n=16)	Não (n=55)		
Alimentação Geral			325.0	.106
M (DP)	3.75 (1.78)	4.60 (1.71)		
Md (P25; P75)	4 (2; 5)	5 (4; 6)		
Mín.; Máx.	1; 7	0; 7		
Alimentação Específica			342.0	.167
M (DP)	4.31 (1.54)	4.91 (1.41)		
Md (P25; P75)	4.50 (3.50; 5)	5 (4; 6)		
Mín.; Máx.	1; 7	2; 7		
Atividade Física			319.0	.087
M (DP)	1.25 (1.98)	2.00 (1.92)		
Md (P25; P75)	0 (0; 2)	2 (0; 3.50)		
Mín.; Máx.	0; 7	0; 7		
Cuidado com os Pés			397.0	.364
M (DP)	6.31 (1.78)	6.67 (.90)		
Md (P25; P75)	7 (6.50; 7)	7 (7; 7)		
Mín.; Máx.	0; 7	2; 7		
Medicamentos			435.0	.928
M (DP)	6.13 (1.89)	6.31 (1.37)		
Md (P25; P75)	7 (6; 7)	7 (6.50; 7)		
Mín.; Máx.	0; 7	2; 7		

Autocuidado total			304.5	.046
M (DP)	4.69 (.79)	5.13 (.84)		
Md (P25; P75)	4.50 (4; 5)	5 (5; 6)		
Mín.; Máx.	4; 6	3; 7		

Nota: A negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos para o nível de significância de 5%.

¹ Teste de *Mann-Whitney*

3.3.2 Adesão ao Autocuidado e características clínicas

Nesta secção, serão apresentados os resultados obtidos de acordo com a influência das variáveis clínicas na adesão aos comportamentos de autocuidado dos participantes do estudo.

Relativamente ao **tempo de diagnóstico**, verificou-se existir uma única diferença estatisticamente significativa entre o número de dias de toma dos medicamentos para os dois intervalos de tempo de diagnóstico considerados ($p=.024$). Verificou-se que as pessoas com menos de 15 anos de diagnóstico seguiram orientações sobre medicamentos de forma mais eficaz ($M=6.64$; $DP=1.01$), em comparação com aqueles com mais tempo de diagnóstico ($M=5.89$; $DP=1.80$) (Tabela 15).

Tabela 15

Análise da Diferença em cada escala da EAAC devida ao Tempo de Diagnóstico

	Tempo de diagnóstico		Estatística U	p^1
	≤15 anos (n=36)	>15 anos (n=35)		
Alimentação Geral			621.0	.920
M (DP)	4.50 (1.67)	4.31 (1.84)		
Md (P25; P75)	4 (3.50; 6)	5 (4; 5)		
Mín.; Máx.	2; 7	0; 7		
Alimentação Específica			568.0	.465
M (DP)	4.61 (1.52)	4.94 (1.37)		
Md (P25; P75)	5 (3.50; 6)	5 (4; 6)		
Mín.; Máx.	1; 7	2; 7		
Atividade Física			566.0	.448
M (DP)	1.94 (1.89)	1.71 (2.02)		
Md (P25; P75)	1.50 (0; 3.50)	1 (0; 3)		
Mín.; Máx.	0; 6	0; 7		
Cuidado com os Pés			621.0	.874
M (DP)	6.44 (1.50)	6.74 (.61)		
Md (P25; P75)	7 (7; 7)	7 (7; 7)		
Mín.; Máx.	0; 7	5; 7		

Medicamentos			480.0	.024
M (DP)	6.64 (1.01)	5.89 (1.80)		
Md (P25; P75)	7 (7; 7)	7 (5; 7)		
Mín.; Máx.	2; 7	0; 7		
Autocuidado total			619.5	.897
M (DP)	5.06 (.92)	5.00 (.78)		
Md (P25; P75)	5 (4; 6)	5 (5; 5.50)		
Mín.; Máx.	3; 7	3; 6		

Nota: A negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos para o nível de significância de 5%.

¹ Teste de *Mann-Whitney*

Em relação à existência de **outros problemas de saúde crônicos**, constatou-se que foram poucos os indivíduos que possuíam outras doenças crônicas para além da diabetes (n=13 (18.3%)). A média dos indivíduos que não possuíam outras doenças crônicas para além da diabetes, foi maior do que a média daqueles que apresentavam mais problemas crônicos. No entanto, não se encontrou qualquer influência estatisticamente significativa entre a existência de outros problemas de saúde crônicos no número de dias dos domínios do autocuidado (Tabela 16).

Tabela 16

Análise da Diferença em cada escala da EAAC devida à existência de Outros Problemas de Saúde Crônicos

	Outros problemas de saúde crônicos		Estatística U	p ¹
	Sim (n=13)	Não (n=58)		
Alimentação Geral			368.0	.891
M (DP)	4.54 (2.11)	4.38 (1.67)		
Md (P25; P75)	4 (4; 7)	4.50 (4; 5)		
Mín.; Máx.	1; 7	0; 7		
Alimentação Específica			343.5	.610
M (DP)	4.69 (1.03)	4.79 (1.53)		
Md (P25; P75)	4 (4; 6)	5 (4; 6)		
Mín.; Máx.	3; 6	1; 7		
Atividade Física			367.0	.878
M (DP)	1.92 (2.33)	1.81 (1.87)		
Md (P25; P75)	1 (0; 3)	1 (0; 3)		
Mín.; Máx.	0; 7	0; 7		
Cuidado com os Pés			347.0	.494
M (DP)	6.23 (1.96)	6.67 (.87)		
Md (P25; P75)	7 (7; 7)	7 (7; 7)		
Mín.; Máx.	0; 7	2; 7		
Medicamentos			362.0	.770
M (DP)	6.38 (.96)	6.24 (1.59)		
Md (P25; P75)	7 (5; 7)	7 (7; 7)		

Mín.; Máx.	5; 7	0; 7		
Autocuidado total			367.0	.873
M (DP)	5.00 (.71)	5.03 (.88)		
Md (P25; P75)	5 (5; 5)	5 (4; 6)		
Mín.; Máx.	4; 6	3; 7		

Nota: A negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos para o nível de significância de 5%.

[†] Teste de *Mann-Whitney*

No que concerne à utilização de **insulina injetável**, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o número de dias dos domínios do cuidado com os pés ($p=.024$) e da toma dos medicamentos ($p < .001$). As pessoas que utilizavam insulina injetável apresentaram melhor cuidado com os pés ($M=6.74$; $DP=.81$) e melhor adesão à toma dos medicamentos ($M=6.56$; $DP=1.27$) do que os indivíduos que não utilizavam insulina injetável ($M=5.70$; $DP=2.21$ e $M=4.50$; $DP=1.58$, respetivamente). Além disso, de maneira geral, as pessoas que utilizavam insulina injetável apresentaram mais comportamentos de autocuidado ($p=.003$) (Tabela 17).

Tabela 17

Análise da Diferença em cada escala da EAAC devida à Utilização de Insulina Injetável

	Utiliza insulina injetável		Estatística U	$p^†$
	Sim (n=61)	Não (n=10)		
Alimentação Geral			286.0	.748
M (DP)	4.44 (1.77)	4.20 (1.69)		
Md (P25; P75)	4 (4; 6)	4.50 (4; 5)		
Mín.; Máx.	0; 7	1; 7		
Alimentação Específica			283.0	.710
M (DP)	4.75 (1.45)	4.90 (1.52)		
Md (P25; P75)	5 (4; 6)	5 (4; 6)		
Mín.; Máx.	1; 7	2; 7		
Atividade Física			305.0	1.000
M (DP)	1.82 (1.92)	1.90 (2.18)		
Md (P25; P75)	1 (0; 3)	1.50 (0; 3)		
Mín.; Máx.	0; 7	0; 6		
Cuidado com os Pés			216.0	.024
M (DP)	6.74 (.81)	5.70 (2.21)		
Md (P25; P75)	7 (7; 7)	7 (5; 7)		
Mín.; Máx.	2; 7	0; 7		
Medicamentos			54.0	<.001
M (DP)	6.56 (1.27)	4.50 (1.58)		
Md (P25; P75)	7 (7; 7)	5 (5; 5)		
Mín.; Máx.	2; 7	0; 5		

Autocuidado Total			139.0	.003
M (DP)	5.15 (.81)	4.30 (.68)		
Md (P25; P75)	5 (5; 6)	4 (4; 5)		
Mín.; Máx.	3; 7	3; 5		

Nota: A negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos para o nível de significância de 5%.

¹ Teste de *Mann-Whitney*

3.3.3 *Coping* e características sociodemográficas

No que diz respeito à influência das **faixas etárias** consideradas (< 70 anos e ≥ 70 anos), detetou-se a existência de pelo menos uma diferença estatisticamente significativa entre os *scores* da subescala Religião ($p=.004$). Além disso, foi possível verificar que, os indivíduos com mais de 70 anos, utilizavam mais esta estratégia de *coping* (M=1.86 (DP=1.03) *versus* M=1.06 (DP=1.18)) (Tabela 18).

Tabela 18

Análise da Diferença em cada escala do *Brief Cope* entre Faixas Etárias

	Faixa etária		Estatística U	<i>p</i> ¹
	< 70 anos (n=34)	≥ 70 anos (n=37)		
<i>Coping</i> Ativo			542.0	.259
M (DP)	2.18 (.63)	2.00 (.67)		
Md (P25; P75)	2 (2; 3)	2 (2; 2)		
Mín.; Máx.	1; 3	1; 3		
Planear			534.0	.226
M (DP)	1.97 (.80)	1.81 (.66)		
Md (P25; P75)	2 (2; 2)	2 (1; 2)		
Mín.; Máx.	0; 3	1; 3		
Utilização de Suporte Instrumental			561.0	.390
M (DP)	1.47 (.79)	1.38 (.59)		
Md (P25; P75)	2 (1; 2)	1 (1; 2)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 2		
Utilização de Suporte Social			521.5	.159
Emocional				
M (DP)	1.94 (.78)	2.19 (.66)		
Md (P25; P75)	2 (2; 2)	2 (2; 3)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 3		
Religião			389.5	.004
M (DP)	1.06 (1.18)	1.86 (1.03)		
Md (P25; P75)	0.50 (0; 2)	2 (1; 3)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 3		
Reinterpretação Positiva			531.0	.201

M (DP)	2.09 (.83)	1.92 (.49)		
Md (P25; P75)	2 (2; 3)	2 (2; 2)		
Mín.; Máx.	0; 3	1; 3		
Autoculpabilização			502.5	.101
M (DP)	.91 (.57)	.73 (.80)		
Md (P25; P75)	1 (1; 1)	1 (0; 1)		
Mín.; Máx.	0; 2	0; 3		
Aceitação			503.0	.111
M (DP)	1.35 (.69)	2.11 (.66)		
Md (P25; P75)	2 (2; 3)	2 (2; 3)		
Mín.; Máx.	1; 3	1; 3		
Expressão de sentimentos			625.0	.959
M (DP)	1.53 (.79)	1.54 (.77)		
Md (P25; P75)	2 (1; 2)	2 (1; 2)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 2		
Negação			619.0	.899
M (DP)	.68 (.84)	.65 (.82)		
Md (P25; P75)	0 (0; 1)	0 (0; 1)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 3		
Uso de Substâncias			600.0	.489
M (DP)	.09 (.38)	.11 (.32)		
Md (P25; P75)	0 (0; 0)	0 (0; 0)		
Mín.; Máx.	0; 2	0; 1		
Humor			610.5	.823
M (DP)	1.47 (1.02)	1.51 (.90)		
Md (P25; P75)	1.50 (1; 2)	2 (1; 2)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 3		
Coping Total			571.5	.508
M (DP)	38.41 (10.00)	38.32 (8.56)		
Md (P25; P75)	40.50 (34; 45)	37 (34; 45)		
Mín.; Máx.	11; 53	15; 55		

Nota: A negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos para o nível de significância de 5%.

¹ Teste de *Mann-Whitney*

Relativamente ao **sexo**, foi possível constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os *scores* das subescalas Planear ($p=.007$), Utilização de suporte instrumental ($p=.035$), Utilização de suporte social emocional ($p=.009$), Religião ($p=<.001$), Uso de substâncias ($p=.030$) e *Coping* total ($p=.004$). Assim, de maneira geral, as mulheres ($M=41.90$; $DP=6.91$) utilizaram mais estratégias de *coping* do que homens ($M=35.78$; $DP=9.88$), exceto no caso do Uso de substâncias, que foi mais frequente nos homens ($M=.17$; $DP=.44$) (Tabela 19).

Tabela 19

Análise da Diferença em cada escala do *Brief Cope* devida ao Sexo

	Sexo		Estatística U	p [†]
	M (n=41)	F (n=30)		
<i>Coping</i> Ativo			578.0	.627
M (DP)	2.05 (.71)	2.13 (.57)		
Md (P25; P75)	2 (2; 3)	2 (2; 2)		
Mín.; Máx.	1; 3	1; 3		
Planear			405.0	.007
M (DP)	1.68 (.69)	2.17 (.70)		
Md (P25; P75)	2 (1; 2)	2 (2; 3)		
Mín.; Máx.	0; 3	1; 3		
Utilização de Suporte Instrumental			451.0	.035
M (DP)	1.27 (.78)	1.63 (.50)		
Md (P25; P75)	1 (1; 2)	2 (1; 2)		
Mín.; Máx.	0; 3	1; 2		
Utilização de Suporte Social Emocional			419.0	.009
M (DP)	1.88 (.75)	2.33 (.61)		
Md (P25; P75)	2 (2; 2)	2 (2; 3)		
Mín.; Máx.	0; 3	1; 3		
Religião			209.5	<.001
M (DP)	.90 (.97)	2.27 (.94)		
Md (P25; P75)	1 (0; 2)	2.50 (2; 3)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 3		
Reinterpretação Positiva			606.0	.905
M (DP)	2.00 (.71)	2.00 (.64)		
Md (P25; P75)	2 (2; 2)	2 (2; 2)		
Mín.; Máx.	0; 3	1; 3		
Autoculpabilização			586.0	.704
M (DP)	.78 (.65)	.87 (.78)		
Md (P25; P75)	1 (0; 1)	1 (0; 1)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 3		
Aceitação			587.0	.720
M (DP)	2.20 (.72)	2.27 (.64)		
Md (P25; P75)	2 (2; 3)	2 (2; 3)		
Mín.; Máx.	1; 3	1; 3		
Expressão de sentimentos			564.0	.512
M (DP)	1.49 (.87)	1.60 (.62)		
Md (P25; P75)	2 (1; 2)	2 (1; 2)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 2		
Negação			574.5	.602
M (DP)	.63 (.86)	.70 (.79)		

Md (P25; P75)	0 (0; 1)	.50 (0; 1)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 2		
Uso de Substâncias			525.000	.030
M (DP)	.17 (.44)	.00 (.00)		
Md (P25; P75)	.11 (0; 0)	.00 (0; 0)		
Mín.; Máx.	0; 2	0; 0		
Humor			502.500	.173
M (DP)	1.61 (1.00)	1.33 (.88)		
Md (P25; P75)	2 (1; 2)	1 (1; 2)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 3		
<i>Coping</i> Total			370.500	.004
M (DP)	35.78 (9.88)	41.90 (6.91)		
Md (P25; P75)	37 (33; 42)	42.5 (39; 47)		
Mín.; Máx.	11; 53	25; 55		

Nota: A negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos para o nível de significância de 5%.

¹ Teste de *Mann-Whitney*

Em relação ao **estado civil** verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os *scores* das subescalas *Coping* total ($p=.050$) e Uso de substâncias ($p=.004$). Tendo em conta as médias apresentadas, observou-se que os solteiros, divorciados e viúvos utilizavam mais estratégias de *coping* ($M=39.57$; $DP=9.16$) do que os casados ($M=35.68$; $DP=8.95$). No entanto, os sujeitos inquiridos que eram casados utilizaram mais a estratégia de *coping* relacionada com o Uso de substâncias ($M=.27$; $DP=.55$) do que os demais ($M=.02$; $DP=.14$) (Tabela 20).

Tabela 20

Análise da Diferença em cada escala do *Brief Cope* devida ao Estado Civil

	Estado Civil		Estatística U	p^1
	Casados/União de facto (n=49)	Solteiros, Divorciados e Viúvos (n=22)		
<i>Coping</i> Ativo			458.5	.259
M (DP)	1.95 (.65)	2.14 (.65)		
Md (P25; P75)	2 (2; 2)	2 (2; 3)		
Mín.; Máx.	1; 3	1; 3		
Planear			414.0	.085
M (DP)	1.64 (.79)	2.00 (.68)		
Md (P25; P75)	2 (1; 2)	2 (2; 2)		
Mín.; Máx.	0; 3	1; 3		
Utilização de Suporte Instrumental			465.0	.309
M (DP)	1.27 (.78)	1.49 (.65)		

Avaliação da Adesão ao Autocuidado e Estratégias de *Coping* em indivíduos com DM tipo 2

Md (P25; P75)	1 (1; 2)	2 (1; 2)		
Mín.; Máx.	0; 2	0; 3		
Utilização de Suporte Social Emocional			438.0	.150
M (DP)	1.86 (.83)	2.16 (.66)		
Md (P25; P75)	2 (2; 2)	2 (2; 3)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 3		
Religião			462.0	.319
M (DP)	1.27 (1.16)	1.57 (1.17)		
Md (P25; P75)	1 (0; 2)	2 (0; 3)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 3		
Reinterpretação Positiva			448.5	.202
M (DP)	1.86 (.64)	2.06 (.69)		
Md (P25; P75)	2 (1; 2)	2 (2; 2)		
Mín.; Máx.	1; 3	0; 3		
Autoculpabilização			485.5	.453
M (DP)	.86 (.56)	.80 (.76)		
Md (P25; P75)	1 (1; 1)	1 (0; 1)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 3		
Aceitação			538.5	.995
M (DP)	2.23 (.69)	2.22 (.69)		
Md (P25; P75)	2 (2; 3)	2 (2; 3)		
Mín.; Máx.	1; 3	1; 3		
Expressão de sentimentos			432.5	.113
M (DP)	1.27 (.94)	1.65 (.66)		
Md (P25; P75)	1.50 (0; 2)	2 (1; 2)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 3		
Negação			502.0	.611
M (DP)	.55 (.67)	.71 (.89)		
Md (P25; P75)	0 (0; 1)	0 (0; 1)		
Mín.; Máx.	0; 2	0; 3		
Uso de Substâncias			427.0	.004
M (DP)	.27 (.55)	.02 (.14)		
Md (P25; P75)	0 (0; 0)	0 (0; 0)		
Mín.; Máx.	0; 2	0; 1		
Humor			451.5	.253
M (DP)	1.68 (.95)	1.41 (.96)		
Md (P25; P75)	2 (1; 2)	1 (1; 2)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 3		
<i>Coping</i> Total			381.5	.050
M (DP)	35.68 (8.95)	39.57 (9.16)		
Md (P25; P75)	36 (33; 42)	40 (36; 46)		
Mín.; Máx.	15; 52	11; 55		

Nota: A negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos para o nível de significância de 5%.

¹ Teste de *Mann-Whitney*

Por fim, no que toca à variável **residir sozinho** encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os *scores* das subescalas Utilização de suporte instrumental e Uso de substâncias ($p=.028$ e $p<.001$, respetivamente). Além disso, a primeira estratégia supracitada foi mais utilizada pelos indivíduos que não residiam sozinhos ($M=1.53$; $DP=.63$ *versus* $M=1.06$; $DP=.67$), enquanto a segunda foi frequentemente utilizada pelas pessoas que residiam sozinhas ($M=.38$; $DP=.62$ *versus* $M=.02$; $DP=1.35$) (Tabela 21).

Tabela 21

Análise da Diferença em cada escala do Brief Cope devida à variável Residir Sozinho

	Reside sozinho		Estatística U	<i>p</i> ¹
	Sim (n=16)	Não (n=55)		
<i>Coping</i> Ativo			401.0	.545
M (DP)	2.00 (.63)	2.11 (.66)		
Md (P25; P75)	2 (2; 2)	2 (2; 3)		
Mín.; Máx.	1; 3	1; 3		
Planear			355.0	.195
M (DP)	1.63 (.81)	1.96 (.69)		
Md (P25; P75)	2 (1; 2)	2 (1.50; 2)		
Mín.; Máx.	0; 3	1; 3		
Utilização de Suporte Instrumental			295.0	.028
M (DP)	1.06 (.77)	1.53 (.63)		
Md (P25; P75)	1 (.50; 2)	2 (1; 2)		
Mín.; Máx.	0; 2	0; 3		
Utilização de Suporte Social Emocional			327.0	.075
M (DP)	1.75 (.86)	2.16 (.66)		
Md (P25; P75)	2 (1.50; 2)	2 (2; 3)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 3		
Religião			343.0	.165
M (DP)	1.13 (1.09)	1.58 (1.18)		
Md (P25; P75)	1 (0; 2)	2 (0; 3)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 3		
Reinterpretação Positiva			379.0	.341
M (DP)	1.88 (.62)	2.04 (.69)		
Md (P25; P75)	2 (1.50; 2)	2 (2; 2)		
Mín.; Máx.	1; 3	0; 3		
Autoculpabilização			400.0	.535
M (DP)	.88 (.62)	.80 (.73)		
Md (P25; P75)	1 (0.50; 1)	1 (0; 1)		
Mín.; Máx.	0; 2	0; 3		
Aceitação			427.0	.850

M (DP)	2.19 (.75)	2.24 (.67)		
Md (P25; P75)	2 (2; 3)	2 (2; 3)		
Mín.; Máx.	1; 3	1; 3		
Expressão de sentimentos			352.5	.183
M (DP)	1.25 (1.00)	1.62 (.68)		
Md (P25; P75)	1.50 (0; 2)	2 (1; 2)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 3		
Negação			354.5	.193
M (DP)	.44 (.73)	.73 (.85)		
Md (P25; P75)	0 (0; 1)	1 (0; 1)		
Mín.; Máx.	0; 2	0; 3		
Uso de Substâncias			310.0	<.001
M (DP)	.38 (.62)	.02 (1.35)		
Md (P25; P75)	0 (0; 1)	0 (0; 0)		
Mín.; Máx.	0; 2	0; 1		
Humor			363.5	.269
M (DP)	1.69 (.95)	1.44 (.96)		
Md (P25; P75)	2 (1.50; 2)	1 (1; 2)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 3		
<i>Coping</i> Total			313.5	.081
M (DP)	34.94 (10.04)	39.36 (8.80)		
Md (P25; P75)	36 (32.50; 40.50)	40 (34.50; 45.00)		
Mín.; Máx.	15; 52	11; 55		

Nota: A negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos para o nível de significância de 5%.

¹ Teste de *Mann-Whitney*

3.3.4 *Coping* e características clínicas

De seguida irão ser apresentados os resultados obtidos da testagem da influência das variáveis clínicas nas estratégias de *coping* utilizadas pelos participantes.

Relativamente ao **tempo de diagnóstico** foi possível constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os *scores* subescalas Utilização de suporte social emocional ($p=.002$), Religião ($p=.013$) e Negação ($p=.006$). Estas estratégias de *coping* foram maioritariamente utilizadas pelas pessoas com mais de 15 anos de diagnóstico (M=2.34; DP=.59; M=1.83; DP=1.10 e M=.89; DP=.80, respetivamente) em comparação com aquelas com menos de 15 anos de diagnóstico (M=1.81; DP=.75; M=1.14; DP=1.15 e M=.44; DP=.81, respetivamente) (Tabela 22).

Tabela 22Análise da Diferença em cada escala do *Brief Cope* devida ao Tempo de Diagnóstico

	Tempo de diagnóstico		Estatística U	p ^t
	≤15 anos (n=36)	>15 anos (n=35)		
<i>Coping</i> Ativo			599.0	.688
M (DP)	2.06 (.63)	2.11 (.68)		
Md (P25; P75)	2 (2; 2)	2 (2; 3)		
Mín.; Máx.	1; 3	1; 3		
Planear			599.5	.698
M (DP)	1.92 (.69)	1.86 (.77)		
Md (P25; P75)	2 (2; 2)	2 (1; 2)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 3		
Utilização de Suporte Instrumental			525.0	.182
M (DP)	1.31 (.79)	1.54 (.56)		
Md (P25; P75)	1 (1; 2)	2 (1; 2)		
Mín.; Máx.	0; 2	0; 2		
Utilização de Suporte Social Emocional			393.0	.002
M (DP)	1.81 (.75)	2.34 (.59)		
Md (P25; P75)	2 (2; 2)	2 (2; 3)		
Mín.; Máx.	0; 3	1; 3		
Religião			421.5	.013
M (DP)	1.14 (1.15)	1.83 (1.10)		
Md (P25; P75)	1 (0; 2)	2 (1; 3)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 3		
Reinterpretação Positiva			555.5	.331
M (DP)	2.08 (.69)	1.91 (.66)		
Md (P25; P75)	2 (2; 3)	2 (2; 2)		
Mín.; Máx.	1; 3	0; 3		
Autoculpabilização			606.0	.756
M (DP)	.81 (.58)	.83 (.82)		
Md (P25; P75)	1 (0; 1)	1 (0; 1)		
Mín.; Máx.	0; 2	0; 3		
Aceitação			528.0	.197
M (DP)	2.11 (.75)	2.34 (.59)		
Md (P25; P75)	2 (2; 3)	2 (2; 3)		
Mín.; Máx.	1; 3	1; 3		
Expressão de sentimentos			624.0	.939
M (DP)	1.56 (.74)	1.51 (.82)		
Md (P25; P75)	2 (1; 2)	2 (1; 2)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 3		
Negação			414.5	.006

M (DP)	.44 (.81)	.89 (.80)		
Md (P25; P75)	0 (0; 1)	1 (0; 1)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 3		
Uso de Substâncias			595.0	.404
M (DP)	.14 (.42)	.06 (.24)		
Md (P25; P75)	0 (0; 0)	0 (0; 0)		
Mín.; Máx.	0; 2	0; 1		
Humor			610.5	.814
M (DP)	1.47 (1.00)	1.51 (.92)		
Md (P25; P75)	1.50 (1; 2)	2 (1; 2)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 3		
Coping Total			471.0	.067
M (DP)	35.83 (10.52)	40.97 (6.86)		
Md (P25; P75)	38.50 (30.50;	40 (35; 46.50)		
Mín.; Máx.	42.50)	28; 53		
	11; 55			

Nota: A negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos para o nível de significância de 5%.

[†] Teste de *Mann-Whitney*

No que concerne à existência de **outros problemas de saúde crônicos**, foi possível inferir, através das estatísticas, diferenças estatisticamente significativas entre os scores das subescalas Religião ($p=.014$) e Humor ($p=.032$). Assim, constatou-se que as pessoas que não apresentam outra condição crônica, para além da diabetes, utilizaram mais vezes as estratégias de *coping* supracitadas ($M=1.64$; $DP=1.17$; $M=1.60$; $DP=.94$) do que as pessoas que possuíam outro problema de saúde crônico ($M=.77$; $DP=.93$; $M=1.00$; $DP=.92$) (Tabela 23).

Tabela 23

Análise da Diferença em cada escala do Brief Cope devida à existência de Outros Problemas de Saúde Crônicos

	Outros problemas de saúde crônicos		Estatística U	$p^†$
	Sim (n=13)	Não (n=58)		
Coping Ativo				
M (DP)	2.00 (.71)	2.10 (.64)	347.0	.615
Md (P25; P75)	2 (2; 2)	2 (2; 3)		
Mín.; Máx.	1; 3	1; 3		
Planear				
M (DP)	1.77 (.73)	1.91 (.73)	328.0	.420
Md (P25; P75)	2 (1; 2)	2 (2; 2)		
Mín.; Máx.	1; 3	0; 3		

Avaliação da Adesão ao Autocuidado e Estratégias de *Coping* em indivíduos com DM tipo 2

Utilização de Suporte Instrumental			362.5	.812
M (DP)	1.46 (.67)	1.41 (.70)		
Md (P25; P75)	2 (1; 2)	1.50 (1; 2)		
Mín.; Máx.	0; 2	0; 3		
Utilização de Suporte Social Emocional			311.0	.261
M (DP)	1.92 (.64)	2.10 (.74)		
Md (P25; P75)	2 (2; 2)	2 (2; 3)		
Mín.; Máx.	1; 3	0; 3		
Religião			218.5	.014
M (DP)	.77 (.93)	1.64 (1.17)		
Md (P25; P75)	0 (0; 2)	2 (0; 3)		
Mín.; Máx.	0; 2	0; 3		
Reinterpretação Positiva			339.0	.522
M (DP)	1.85 (.90)	2.03 (.62)		
Md (P25; P75)	2 (1; 2)	2 (2; 2)		
Mín.; Máx.	0; 3	1; 3		
Autoculpabilização			351.0	.663
M (DP)	.85 (.56)	.81 (.74)		
Md (P25; P75)	1 (1; 1)	1 (0; 1)		
Mín.; Máx.	0; 2	0; 3		
Aceitação			351.0	.671
M (DP)	2.31 (.63)	2.21 (.70)		
Md (P25; P75)	2 (2; 3)	2 (2; 3)		
Mín.; Máx.	1; 3	1; 3		
Expressão de sentimentos			348.0	.634
M (DP)	1.46 (.66)	1.55 (.80)		
Md (P25; P75)	2 (1; 2)	2 (1; 2)		
Mín.; Máx.	0; 2	0; 3		
Negação			324.5	.388
M (DP)	.77 (.73)	.64 (.85)		
Md (P25; P75)	1 (0; 1)	0 (0; 1)		
Mín.; Máx.	0; 2	0; 3		
Uso de Substâncias			373.0	.902
M (DP)	.08 (.28)	.10 (.36)		
Md (P25; P75)	0 (0; 0)	0 (0; 0)		
Mín.; Máx.	0; 1	0; 2		
Humor			239.5	.032
M (DP)	1.00 (.92)	1.60 (.94)		
Md (P25; P75)	1 (0; 1)	2 (1; 2)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 3		
<i>Coping</i> Total			292.0	.206
M (DP)	36.00 (7.69)	38.90 (9.50)		
Md (P25; P75)	37 (34; 42)	40 (34; 46)		
Mín.; Máx.	16; 45	11; 55		

Nota: A negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos para o nível de significância de 5%.

¹ Teste de *Mann-Whitney*

Por fim, e em relação à utilização de **insulina injetável** verificou-se a existência de apenas uma diferença estatisticamente significativa entre os scores da subescala *Coping* ativo ($p=.029$), sendo que as pessoas que não utilizavam este tipo de medicação, faziam mais vezes uso desta estratégia de *coping* ($M=2.50$; $DP=.53$ versus $M=2.02$; $DP=.65$) (Tabela 24).

Tabela 24

Análise da Diferença em cada escala do Brief Copc devida à Utilização de Insulina Injetável

	Utiliza insulina injetável		Estatística U	<i>p</i> ¹
	Sim (n=61)	Não (n=10)		
<i>Coping</i> Ativo			187.0	.029
M (DP)	2.02 (.65)	2.50 (.53)		
Md (P25; P75)	2 (2; 2)	2.50 (2; 3)		
Mín.; Máx.	1; 3	2; 3		
Planejar			277.0	.608
M (DP)	1.87 (.76)	2.00 (.47)		
Md (P25; P75)	2 (1; 2)	2 (2; 2)		
Mín.; Máx.	0; 3	1; 3		
Utilização de Suporte Instrumental			261.0	.421
M (DP)	1.39 (.71)	1.60 (.52)		
Md (P25; P75)	1 (1; 2)	2 (1; 2)		
Mín.; Máx.	0; 3	1; 2		
Utilização de Suporte Social Emocional			248.0	.280
M (DP)	2.03 (.73)	2.30 (.68)		
Md (P25; P75)	2 (2; 2)	2 (2; 3)		
Mín.; Máx.	0; 3	1; 3		
Religião			259.0	.429
M (DP)	1.52 (1.18)	1.20 (1.34)		
Md (P25; P75)	2 (0; 2)	1 (0; 2)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 3		
Reinterpretação Positiva			224.0	.131
M (DP)	1.95 (.69)	2.30 (.48)		
Md (P25; P75)	2 (2; 2)	2 (2; 1)		
Mín.; Máx.	0; 3	2; 3		
Autoculpabilização			277.0	.602
M (DP)	.84 (.71)	.70 (.68)		
Md (P25; P75)	1 (2; 2)	1 (2; 3)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 2		

Aceitação			263.0	.446
M (DP)	2.20 (.70)	2.40 (.52)		
Md (P25; P75)	2 (2; 3)	2 (2; 3)		
Mín.; Máx.	1; 3	2; 3		
Expressão de sentimentos			277.0	.609
M (DP)	1.51 (.79)	1.70 (.68)		
Md (P25; P75)	2 (1; 2)	2 (1; 2)		
Mín.; Máx.	0; 3	1; 3		
Negação			273.5	.565
M (DP)	.69 (.85)	.50 (.71)		
Md (P25; P75)	0 (0; 1)	0 (0; 1)		
Mín.; Máx.	0; 3	0; 2		
Uso de Substâncias			300.0	.864
M (DP)	.10 (.35)	.10 (.32)		
Md (P25; P75)	0 (0; 1)	0 (0; 1)		
Mín.; Máx.	0; 2	0; 1		
Humor			200.0	.068
M (DP)	1.41 (.97)	2.00 (.67)		
Md (P25; P75)	1 (1; 2)	2 (2; 2)		
Mín.; Máx.	0; 3	1; 3		
<i>Coping</i> Total			240.0	.282
M (DP)	37.82 (9.54)	41.70 (6.20)		
Md (P25; P75)	39 (34; 45)	42 (36; 47)		
Mín.; Máx.	11; 55	32; 52		

Nota: A negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos para o nível de significância de 5%.

¹ Teste de *Mann-Whitney*

3.3.5 Adesão ao autocuidado e estratégias de *coping*

Para averiguar a existência de alguma associação entre os comportamentos de autocuidado e as estratégias de *coping*, recorreu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de *Spearman*. A interpretação dos valores foi realizada com base nos critérios de força e direção da correlação de Marôco (2014), que afirma que coeficiente de *Spearman* varia entre -1 e 1: um valor próximo de 1 ou -1 indica uma correlação forte, enquanto um valor próximo de 0 indica uma correlação fraca ou inexistente.

Após a análise da tabela apresentada, verificou-se que o *Coping* ativo estava negativamente correlacionado com a subescala Medicamentos ($r_s = -.265$; $p = .025$); o Uso de substâncias estava negativamente correlacionado com a Alimentação específica ($r_s = -.281$; $p = .018$), sendo correlações fracas e o Humor estava negativamente correlacionado com a subescala Medicamentos ($r_s = -.345$; $p = .003$), sendo uma correlação moderada.

Além disso, a subescala *Coping* ativo apresentou correlação positiva moderada e significativa com a Atividade física ($rs=.351$; $p=.003$); a subescala Planear apresentou uma correlação positiva fraca a moderada e significativa com a Alimentação específica ($rs=.251$; $p=.035$) e fraca com a Atividade física ($rs=.236$; $p=.047$); a subescala Utilização de suporte instrumental mostrou uma correlação positiva fraca e significativa com a Alimentação geral ($rs=.242$; $p=.042$) e correlação positiva fraca a moderada com a Alimentação específica ($rs=.265$; $p=.026$); a subescala Utilização de suporte social emocional mostrou uma correlação positiva moderada e significativa com a Alimentação específica ($rs=.322$; $p=.006$); a subescala Reinterpretação positiva apresentou uma correlação positiva moderada a forte e significativa com a Atividade física ($rs=.359$; $p=.002$); a subescala Aceitação apresentou uma correlação positiva fraca a moderada e significativa com a Alimentação específica ($rs=.258$; $p=.030$) e uma correlação positiva moderada e significativa com a Atividade física ($rs=.307$; $p=.009$) e a Expressão de sentimentos mostrou uma correlação positiva fraca a moderada e significativa com a subescala Alimentação específica ($rs=.253$; $p=.033$). Por fim, verificou-se uma correlação positiva fraca a moderada e significativa entre o *Coping* total e a subescala Atividade física ($rs=.300$; $p=.011$).

Relativamente às restantes subescalas, não foram evidenciadas correlações estatisticamente significativas (Tabela 25).

Tabela 25

Coefficiente de Correlação de Spearman entre as escalas do EAAC e as escalas do Brief Cope

	Alimentação geral	Alimentação específica	Atividade física	Cuidado com os pés	Medicamentos	Autocuidado total
<i>Coping</i> ativo	.088 (.467)	.128 (.288)	.351** (.003)	.054 (.665)	-.265* (.025)	.033 (.787)
Planear	.172 (.150)	.251* (.035)	.236* (.047)	.096 (.424)	-.057 (.639)	.163 (.176)
Utilização de suporte instrumental	.242* (.042)	.265* (.026)	.224 (.060)	.053 (.664)	-.040 (.743)	.159 (.186)
Utilização de suporte social emocional	.229 (.054)	.322** (.006)	.035 (.773)	-.094 (.437)	-.008 (.949)	.142 (.239)
Religião	.022 (.855)	.191 (.110)	-.181 (.131)	.100 (.408)	-.103 (.392)	.061 (.612)
Reinterpretação positiva	.133 (.270)	.164 (.170)	.359** (.002)	-.058 (.634)	-.165 (.168)	.083 (.489)
Autoculpabilização	-.098 (.416)	-.198 (.098)	-.027 (.821)	-.117 (.330)	-.111 (.356)	-.188 (.116)

Avaliação da Adesão ao Autocuidado e Estratégias de *Coping* em indivíduos com DM tipo 2

Aceitação	.162 (.178)	.258* (.030)	.307** (.009)	-.132 (.274)	-.107 (.375)	.133 (.268)
Expressão de sentimentos	.179 (.135)	.253* (.033)	.199 (.096)	-.005 (.995)	-.147 (.221)	.156 (.195)
Negação	-.070 (.560)	-.184 (.124)	.051 (.671)	-.119 (.324)	-.139 (.248)	-.146 (.225)
Uso de substâncias	-.151 (.207)	-.281* (.018)	-.145 (.227)	.136 (.257)	.070 (.564)	-.213 (.075)
Humor	-.044 (-.716)	-.180 (.134)	.227 (.057)	-.047 (.699)	-.345** (.003)	-.221 (.064)
<i>Coping</i> total	.120 (.320)	.223 (.061)	.300* (.011)	-.009 (.941)	-.223 (.062)	.058 (.631)

Nota: entre parênteses o *p-value* para o Coeficiente de correlação de *Spearman* (*rs*)

* a correlação é significativa no nível .05

** a correlação é significativa no nível .01

Capítulo 4: Discussão

O objetivo geral do presente estudo pretendeu avaliar a adesão ao autocuidado e o tipo de estratégias de *coping* utilizadas por pessoas com diabetes tipo 2, seguidas nas consultas de diabetologia do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira. Depois da análise e descrição dos resultados obtidos no presente estudo, passamos a realizar a discussão dos mesmos, tendo em conta a revisão teórica e adotando uma abordagem compreensiva e reflexiva.

No presente estudo, a amostra revelou uma maior adesão ao comportamento de cuidar dos pés, fazendo-o quase todos os dias da semana, em contrapartida com a prática de atividade física, realizada somente uma vez na semana. Isto pode acontecer pois, o cuidado com os pés é um procedimento simples que não requer custos especiais, ao contrário de outros comportamentos de autocuidado, como por exemplo a alimentação específica e a adesão à medicação (Nikbina et al., 2023). O facto da amostra ser maioritariamente constituída por pessoas idosas, com alguns problemas de saúde crónicos (asma, insuficiência renal, artrite reumatoide, cancro), que podem dificultar a prática de exercício físico, pode ajudar a compreender a fraca adesão à prática de atividade física. No entanto, sabe-se que esta prática pode melhorar os níveis de glicose no sangue, ajudar a perder peso e reduzir os fatores de risco cardiovasculares (Freeland, 2014).

No que concerne à influência de cada uma das **características sociodemográficas** consideradas no estudo, na **adesão ao autocuidado**, foi possível encontrar uma diferença estatisticamente significativa entre o número de dias de atividade física e as faixas etárias. Verificou-se que a adesão à prática de exercício físico foi maior nos indivíduos com menos de 70 anos. Este resultado vai ao encontro dos dados obtidos por Colberg e colaboradores (2016), que concluíram que os adultos mais jovens (com até 65 anos) realizavam mais atividade física semanalmente, comparativamente com os adultos mais velhos (acima de 65 anos), os quais tinham tendência para enfrentar mais limitações físicas, como problemas de mobilidade, o que, consequentemente, reduz a prática de exercício físico. Além disso, constatou-se a influência do sexo nos comportamentos de autocuidado já que as mulheres desempenham mais comportamentos do que os homens, nesse sentido. Este resultado é consistente com os dados obtidos no estudo de Brevidelli e colaboradores (2021), onde se verificou uma associação positiva entre ser mulher e a adesão global ao autocuidado, indicando uma maior disposição e habilidade das mulheres para adotar atividades de autocuidado. Além disso, outros estudos mostram que, desde cedo, as mulheres são

educadas para cuidar de si e dos outros, o que se traduz numa maior responsabilidade no autocuidado, como monitorizar a glicemia e seguir dietas, refletindo as expectativas culturais e o papel tradicional associado às mulheres (Mogre et al., 2017). No entanto, Brevidelli e colaboradores (2021), afirmam que o sexo feminino demonstrou uma adesão mais consistente à alimentação saudável, tanto geral quanto específica, o que não se verifica no presente estudo, já que as mulheres obtiveram uma média superior aos homens na subescala Alimentação específica, o que sugere que estas têm mais dificuldade em seguir as orientações alimentares específicas para a gestão da diabetes. Por último, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre o número de dias do autocuidado total e a variável residir sozinho, sendo que se constatou que os indivíduos que não residiam sozinhos tinham um melhor autocuidado do que os indivíduos que moravam sós. Isto é consistente com vários estudos que confirmaram que o envolvimento ou suporte familiar contribui para aumentar os comportamentos de autocuidado de pacientes diabéticos e desencadear consequências clínicas positivas, como uma diminuição dos níveis de HbA1C (Gomes et al., 2017; Huang et al., 2014; Pamungkas et al., 2017; Wichit et al., 2017). Deste modo, verifica-se a importância do suporte social e familiar que melhora os comportamentos de autocuidado como a monitorização da glicose e a prática de exercício físico, já que este suporte oferecido pelos familiares aumenta a autoconfiança e a motivação dos indivíduos, promovendo melhores resultados de saúde (Pamungkas et al., 2017).

Já em relação à influência das **variáveis clínicas na adesão ao autocuidado**, verificou-se que as pessoas com menos de 15 anos de diagnóstico seguiam as orientações medicamentosas de forma mais eficaz do que os indivíduos com mais tempo de diagnóstico, tendo-se constatado uma influência entre o tempo de diagnóstico e a adesão aos medicamentos. Vários estudos demonstram o contrário, afirmando que um maior tempo de diagnóstico influencia positivamente a adesão à medicação oral (e. g. Faria et al., 2013; Brevidelli et al., 2021; Nikbina et al., 2023), no entanto, a Organização Mundial de Saúde (2000) indica que indivíduos com diabetes *mellitus* com maior tempo de diagnóstico tendem a apresentar uma adesão mais baixa ao tratamento. Embora se espere que um maior tempo de diagnóstico da DM2 resulte num melhor conhecimento da doença e na capacidade de gerir o esquema terapêutico, o envelhecimento pode trazer desafios adicionais (OMS, 2000). O declínio das capacidades cognitivas e motoras associado ao envelhecimento pode aumentar a dependência em relação às atividades de autocuidado, como a toma de medicamentos (OMS, 2000), o que, atendendo à idade média da amostra do presente estudo (M=68.66), pode ajudar a compreender este fenómeno. Foi ainda encontrada uma relação estatisticamente significativa entre a utilização de insulina injetável e a adesão ao cuidado com os pés, o que vai ao encontro

dos dados obtidos por Kim e Han (2020) onde descrevem um melhor autocuidado com os pés pelas pessoas que injetam insulina, como forma de controlar a diabetes. Segundo o estudo supracitado, isto acontece, pois, ao utilizar insulina injetável, os indivíduos podem estar mais motivados a manter práticas rigorosas para prevenir complicações, incluindo o cuidado com os pés. Por fim, no presente estudo encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa tendo em conta a utilização de insulina injetável e a adesão aos medicamentos. Este resultado não vai ao encontro de alguma literatura, onde se verifica uma menor adesão às orientações medicamentosas devido ao início do uso de insulina, percebido com emoções negativas derivadas do medo da agulha e da dor da administração (Fu et al., 2016). No entanto, de acordo com Gimeno et al. (2024) e Chefik et al. (2022), a complexidade associada ao uso da insulina, como a monitorização constante e a administração frequente, pode aumentar a responsabilidade do paciente, o que, paradoxalmente, pode levar a uma maior adesão, já que os pacientes tendem a seguir as orientações de forma mais rigorosa. Além disso, o envolvimento de profissionais de saúde e a percepção positiva em relação à insulina, frequentemente incentivada pelos médicos, também são fatores que contribuem para a maior adesão aos medicamentos (Sarbacker & Urteaga, 2016). Atendendo que a maioria dos participantes afirmou estar muito satisfeito, em relação à qualidade dos serviços prestados pelo hospital (50.7%) e com a informação facultada sobre a doença (53.3%), pode inferir-se que um maior nível de satisfação com os profissionais de saúde, pode aumentar a adesão à toma de medicamentos, o que se verifica no presente estudo.

Relativamente às estratégias de *coping*, a literatura sugere que as pessoas com doenças crónicas, como a diabetes, usam mais frequentemente estratégias de *coping* focadas na emoção do que estratégias de *coping* focadas no problema, especialmente quando lidam com o *stress* relacionado à sua situação e se sentem sobrecarregados pela gestão constante da diabetes (Hapunda, 2022). No presente estudo, verificou-se também que as estratégias de *coping* focadas na emoção foram as mais usadas, especificamente a Aceitação. Além disso, a aceitação pode ser vista como um fator que influencia a forma como os indivíduos lidam com a condição ao longo do tempo. De acordo com Pérez e colaboradores (2021), à medida que as pessoas com diabetes, convivem mais tempo com a doença, tendem a desenvolver estratégias de aceitação e de adaptação emocional. Este fenómeno também se pode verificar no presente estudo, onde os indivíduos apresentaram uma média de tempo de diagnóstico de 17.24 anos, o que pode ter influenciado os níveis de aceitação. Este processo está fortemente ligado à melhoria da inteligência emocional e ao suporte psicológico, o que pode ajudar os pacientes a aceitar melhor a sua condição e a gerir os desafios diários da doença, o que por sua vez, pode melhorar o autocuidado (Pérez et al., 2021).

No que diz respeito às diferenças das **características sociodemográficas** em cada uma das **estratégias de coping**, verificou-se uma influência significativa das faixas etárias na subescala Religião, especificamente nos indivíduos com idade superior a 70 anos. A literatura refere que o envelhecimento está associado ao aumento da religiosidade de modo a encontrar sentido para a vida daqueles que têm diabetes, particularmente quando enfrentam desafios como a perda de saúde física e a maior dependência. Além disso, a prática religiosa influencia positivamente a gestão da diabetes, ajudando os idosos a aceitar a doença, fazendo com que os comportamentos de autocuidado melhorem (Peteet et al., 2019; Onyishi et al., 2022; Namageyo-Funa et al., 2015).

Foram também encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e as subescalas Planear, Utilização de suporte instrumental, Utilização de suporte social emocional, Religião e *Coping* total, verificando-se que as mulheres faziam mais uso destas estratégias comparativamente com os homens. Isto vai ao encontro do estudo de Cholankeril e colaboradores (2023), onde as mulheres tendiam a ser mais organizadas na gestão da diabetes, envolvendo-se em atividades de planeamento de rotina como a monitorização da glicemia, manutenção da dieta e visitas médicas regulares. Além disso, o mesmo estudo refere que as mulheres procuram mais apoio social, tanto emocional quanto instrumental, do que os homens, estando estas mais propensas a falar sobre as suas emoções, o que auxilia a lidar com o *stress* derivado da doença. A procura de suporte instrumental, inclui o apoio em tarefas diárias ou dicas sobre como gerir a doença, o que pode aliviar a carga mental associada ao autocuidado (Cholankeril, 2023). Por fim, tem sido referido em alguma literatura que, comparativamente com os homens, a religião funciona, para as mulheres, como um conforto emocional e espiritual, promovendo sentimentos de esperança e aceitação, reduzindo, conseqüentemente, o *stress* associado à diabetes (Cholankeril, 2023). Segundo Whitley (2021), os homens tendem a recorrer mais frequentemente ao uso de substâncias, como o álcool, como forma de *coping* já que as expectativas culturais incentivam, muitas vezes, os homens a mostrar força e resiliência, reprimindo expressões de vulnerabilidade. No mesmo sentido, pode haver um estigma associado à procura de apoio psicológico, especialmente entre os homens, desencadeando o uso de substâncias como facilitador de alívio imediato do *stress* e ansiedade (Walter et al., 2017). No presente estudo, apesar do número igualmente elevado de homens e mulheres que referiram não precisar de apoio psicológico, é possível verificar que foram os homens que mais afirmaram que não gostariam de ter apoio psicológico/psiquiátrico (89.7%), o que pode estar relacionado com o estigma associado, em comparação com as mulheres (74.1%).

Em relação ao estado civil, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa na subescala Uso de substâncias na qual se verificou que os participantes que eram casados utilizavam mais esta estratégia do que os restantes. Este resultado não é corroborado pela literatura, em concreto pelo estudo de Salvatore e colaboradores (2020), que afirma que o casamento está associado a uma redução significativa no uso de álcool e tabaco, já que o matrimónio pode oferecer um sistema de suporte emocional e social que reduz a necessidade de recorrer a substâncias para lidar com o *stress*. A presença de um parceiro pode ajudar a proporcionar estabilidade emocional e encorajar comportamentos saudáveis. Assim, o casamento pode reduzir o *stress* e a ansiedade, fatores que são frequentemente associados ao uso de substâncias (Salvatore et al., 2020). O resultado obtido neste estudo, pode estar relacionado com o facto de a amostra ser constituída maioritariamente por indivíduos casados (69%) e, somente 2.8% não ter companheiro, o que pode ter influenciado os resultados, considerando que grande parte dos participantes pertencia ao mesmo grupo.

No que concerne à variável residir sozinho, os resultados obtidos demonstram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os *scores* das subescalas Utilização de suporte instrumental e Uso de substâncias, tendo-se verificado que a primeira estratégia era frequentemente utilizada pelos indivíduos que não residiam sozinhos, enquanto que a segunda estratégia era mais utilizada pelos participantes que viviam sós. Vários estudos indicam que as pessoas que não vivem sozinhas tendem a contar mais com a ajuda de familiares ou amigos para gerir as suas necessidades relacionadas ao autocuidado, como a administração de medicamentos e o controlo de glicemia (Stenberg & Hjelm, 2024; Schram et al., 2021). No presente estudo, a maior parte dos indivíduos (77.5%) não reside sozinho, o que pode ajudar a compreender este fenómeno. Assim, a falta de redes sociais e de suporte instrumental está associada a maiores complicações em indivíduos com diabetes, especialmente entre aqueles com redes de suporte social menores e menos diversificadas (Stenberg & Hjelm, 2024; Schram et al., 2021). Ainda, o estudo de Farmer e colaboradores (2022) sugere que o isolamento social, que pode ser mais prevalente em pessoas que vivem sozinhas, está associado a um maior uso de substâncias para lidar com a solidão e o *stress*.

Relativamente às diferenças observadas nas **estratégias de coping** por influência das **características clínicas**, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as subescalas Utilização de suporte sócio-emocional, Religião e Negação, tendo em conta o tempo de diagnóstico com maior uso por parte dos doentes com diagnóstico de diabetes há mais de 15 anos. Segundo Jena e colaboradores (2018), a Negação é mais usual no momento em que os indivíduos são diagnosticados

com uma doença crónica. Como medida de defesa, o paciente pode recusar-se a acreditar no método de diagnóstico ou no relatório, de forma a tentar evitar as complicações de longo prazo. Assim, a negação interfere na capacidade do paciente de monitorizar a sua condição, tomar iniciativa na procura pelo tratamento e em controlar a sua doença. Além disso, a negação em pacientes com DM2, como primeira reação, também pode ser explicada pela ausência de sintomas físicos significativos ou complicações nos estágios iniciais de DM2 (Jena et al., 2018). No entanto, existem evidências de que, as pessoas com mais tempo de diagnóstico, também utilizam esta estratégia de *coping*. No estudo de Tan e colaboradores (2023), onde a amostra era maioritariamente constituída por pacientes com diagnóstico de diabetes há mais de 10 anos, um terço dos mesmos ainda se encontravam em negação em relação à doença, sendo denominada pelos autores por “negação de longo prazo”. Na DM2, a negação deve-se, em grande parte, à progressão lenta da doença. Muitos pacientes não apresentam sintomas evidentes da condição até que surgem complicações de longo prazo, como a retinopatia diabética, nefropatia, neuropatia ou problemas macrovasculares (Tan et al., 2023). Ainda, os resultados obtidos pelo presente estudo corroboram a literatura, no sentido em que, existem evidências de que a religião desempenha um papel importante na vida dos pacientes com diabetes tipo 2, especialmente entre aqueles com maior tempo de diagnóstico (Mohamed et al., 2017). Os participantes do estudo de Mohamed e colaboradores (2017) expressaram que a crença em Deus e a espiritualidade são fatores significativos que influenciam a forma como lidam com a doença, com as suas complicações e a fatalidade associada a ela. A religião é, assim, vista como uma estratégia de *coping* que ajuda os pacientes a enfrentar os desafios emocionais e psicológicos relacionados com a diabetes, proporcionando um sentimento de esperança e apoio em momentos difíceis. Por último, os dados obtidos por Skinner e colaboradores (2020), refletem a importância que o suporte sócio-emocional assume para pessoas com diabetes, especialmente aquelas que estão mais tempo sob tratamento, o que vai ao encontro dos resultados do presente estudo. Assim sendo, o suporte sócio-emocional permite aos indivíduos que compartilhem as suas experiências e emoções, o que pode ajudar a aliviar o *stress* associado à gestão da diabetes, promovendo uma sensação de normalidade entre aqueles que vivem com a doença há mais tempo (Skinner et al., 2020). Um relacionamento mais próximo e colaborativo com os profissionais de saúde pode ser crucial na gestão da doença, devido ao suporte adicional e comunicação eficaz, que pode contribuir para aumentar a motivação para a gestão da diabetes e a adesão ao tratamento (Freeman-Hildreth et al., 2019). Este fenómeno pode ser evidenciado no presente estudo, onde os profissionais de saúde podem ter adotado este papel, apoiando os pacientes, o que se verifica pelo elevado grau de satisfação referido pelos mesmos (50.7% revelaram estar

muito satisfeitos em relação à qualidade dos serviços prestados pelo hospital e 53.3% com a informação sobre a doença).

No que diz respeito à influência da existência de outro problema de saúde crónico, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível das subescalas Religião e Humor, sendo que os indivíduos que apresentavam apenas o diagnóstico de diabetes como doença crónica (81.7% da amostra do presente estudo não possuía outro problema crónico), utilizavam mais estas estratégias de *coping*. Os resultados obtidos no presente estudo são consistentes com aqueles encontrados por Greene e colaboradores (2020), já que se verificou que, apesar dos desafios físicos e psicológicos da diabetes, as pessoas com essa condição mantiveram estilos de humor positivos, ajudando a reduzir o impacto emocional da doença, o que indica que esta estratégia de *coping* pode ser utilizada como forma de lidar com o *stress* e as dificuldades que advêm da doença. Assim, verifica-se que o humor está associado a estados emocionais positivos, contribuindo para o otimismo em relação à doença e pode ajudar a promover um ambiente mais leve e menos ameaçador para os indivíduos com doenças crónicas (Proyer & Rodden, 2020). É ainda importante referir que a literatura aponta para uma maior prática religiosa em indivíduos que possuem outras doenças crónicas para além da diabetes, como o cancro, cujas necessidades espirituais relacionadas com a procura de paz e significado para a vida são relatadas como muito mais pronunciadas do que em pacientes só com diabetes (Celik et al., 2022). No entanto, a religiosidade pode também oferecer algum suporte emocional e, conseqüentemente, promover uma melhor adesão ao autocuidado em pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2 (Onyishi et al., 2022).

Em relação à utilização de insulina injetável, constatou-se a existência de pelo menos uma diferença estatisticamente significativa para a subescala *Coping* ativo, sendo que as pessoas que não utilizavam este tipo de medicação utilizavam mais este tipo de estratégia para lidar com a diabetes. De acordo com a literatura, a gestão da diabetes através da administração de insulina injetável torna-se mais complexa e exigente, além de ser frequentemente descrita como dolorosa e difícil de administrar, o que pode comprometer a adesão ao tratamento e ao autocuidado (Berrenguera et al., 2016). Nesse contexto, o *coping* ativo, que inclui ajustes na dieta e aumento da atividade física, pode ser negligenciado. Isso ocorre porque indivíduos que utilizam insulina injetável podem priorizar a monitorização e ajuste das doses de insulina, em vez de modificar outros comportamentos de saúde (Berrenguera et al., 2016). No estudo de Bakan e Inci (2021), descobriu-se que a perceção de *stress* dos pacientes com DM2 que usam insulina era maior do que a dos pacientes que não usam insulina, aumentando com o tempo de uso da mesma. O uso de insulina aumenta o *stress* devido à necessidade de autoinjecção,

monitorização da glicose no sangue e ao medo de hipoglicemia (Iversen et al., 2015; Karlsen et al., 2012; Parsa et al., 2019). Ou seja, para os pacientes, o tratamento com insulina cria a percepção de que a doença piora, podendo diminuir a utilização de estratégias de *coping* ativas.

Por fim, no que toca à existência de relações entre a **adesão ao autocuidado** e as **estratégias de coping** foram encontradas várias correlações estatisticamente significativas, mas, maioritariamente fracas, sendo quase irrelevantes. Nesse sentido, iremos focar-nos nas correlações que se evidenciaram. Assim, verificou-se a existência de correlações positivas, estatisticamente significativas e moderadas entre *Coping* Ativo e Atividade física; Utilização de suporte social emocional e Alimentação específica; Reinterpretação positiva e Atividade física e, por fim, entre Aceitação e Atividade física. Além disso, foi encontrada uma correlação negativa, estatisticamente significativa e moderada entre a subescala Humor e a toma de Medicamentos.

A literatura demonstra que estratégias de *coping* mais ativas estão associadas a uma maior adesão à atividade física. Collins e colaboradores (2009) descrevem os indivíduos que assumem a responsabilidade pela gestão da sua condição crónica de saúde de “gestores proativos”, os quais demonstram um alto valor pelo autocuidado. Essa proatividade é associada a uma maior autoeficácia, o que significa que acreditam na sua capacidade de controlar a sua saúde. Como resultado, tendem a apresentar um maior planeamento das suas refeições, a praticar mais exercício e a ajustar as rotinas do autocuidado (Collins et al., 2009).

Além disso, alguns estudos indicam que a adesão a atividades físicas foi maior entre os pacientes que utilizam o *coping* focado na emoção em comparação com aqueles que usaram o *coping* focado na evitação. Assim, os indivíduos que utilizam estratégias de *coping* focadas na emoção, como a Aceitação e a Reinterpretação positiva, tendem a expressar as suas emoções e encontrar maneiras de se sentirem melhor emocionalmente, estando, por isso, mais motivados a praticar exercício físico, já que reconhecem ser uma forma eficaz de melhorar o bem-estar emocional e físico (Albai et al., 2017).

Alguns estudos destacam que, quando as pessoas se sentem emocionalmente apoiadas, têm maior probabilidade de seguir as recomendações alimentares específicas, um dos comportamentos mais desafiadores no controlo da diabetes (Hapunda, 2022; Wang et al., 2019). O apoio emocional está, ainda, relacionado com o aumento da percepção de autoeficácia dos pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2, ou seja, com a crença na sua capacidade de gerir eficazmente a doença. Desta maneira, quando os pacientes recebem apoio emocional, tanto de familiares como de profissionais de saúde, tendem a

sentir-se mais confiantes para fazer mudanças dietéticas, como reduzir o consumo de açúcar ou equilibrar a ingestão de hidratos de carbono (Hapunda, 2022). Uma vez mais, salientamos os valores elevados de satisfação, que a maioria dos doentes apresentou, tanto em relação às informações sobre o tratamento, como em relação à qualidade dos serviços prestados, como aspetos que podem ajudar a compreender estes resultados.

Por fim, tendo em conta a correlação negativa moderada mas significativa entre o uso do Humor e a toma dos medicamentos, que se verificou no presente estudo, que indica que o uso do humor diminui a adesão aos medicamentos, podemos afirmar que a literatura focada nesta relação é, ainda, muito limitada. Este uso excessivo do humor, para minimizar ou ignorar a seriedade da doença, pode levar a uma menor adesão medicamentosa, visto que o paciente pode “desvalorizar” a necessidade de seguir rigorosamente o tratamento (Lau et al., 2021). Desta forma, o humor pode servir como forma de negação, fazendo com que os pacientes subestimem a gravidade da sua condição o que, conseqüentemente, prejudica a adesão ao autocuidado (Lau et al., 2021). Na amostra do presente estudo, verifica-se que muitos indivíduos possuem o diagnóstico da diabetes há mais de 15 anos (49.3%), estando mais familiarizados com a doença, o que pode sugerir que usam o humor como forma de manter uma atitude positiva perante a mesma.

4.1 Limitações da investigação

Após a discussão e reflexão sobre os resultados obtidos, é importante referir algumas limitações deste estudo. Em primeiro lugar, a amostra não era muito numerosa em comparação com a população que representa e a recolha de dados foi feita apenas numa instituição de saúde (Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira), o que limita a possibilidade de generalizar os resultados. Deve-se também considerar que, devido a alguns participantes serem analfabetos ou apresentarem problemas visuais ou auditivos, o protocolo foi aplicado em formato de entrevista. Isto pode ter levado a respostas enviesadas e influenciadas pela desajabilidade social.

Outra limitação é a falta de bibliografia que estude o tipo de estratégias de *coping* utilizadas na diabetes, o que dificultou a discussão dos resultados.

Adicionalmente, a distribuição da amostra, considerando algumas variáveis, era bastante homogénea, com grande parte dos participantes a pertencer ao mesmo grupo. Isso resultou numa distribuição muito escassa pelos restantes grupos, limitando a realização de testes estatísticos e a obtenção de resultados conclusivos.

Para investigações futuras, sugere-se a realização de estudos longitudinais que permitam explorar a causalidade entre as variáveis e compreender como a adesão ao autocuidado é influenciada pelas estratégias de *coping* na diabetes.

4.2 Implicações práticas

Com base na revisão de literatura efetuada neste estudo e nos resultados obtidos, podemos refletir sobre a forma como é que estes podem ser aplicados na prática e como podem influenciar a área de pesquisa ou a prática profissional.

Desta maneira, torna-se relevante o desenvolvimento de **programas de educação sobre o autocuidado na diabetes**, por parte dos profissionais de saúde, em conjunto com familiares e amigos, que ajudem os pacientes a adotar um papel mais ativo na gestão da sua doença, como o planeamento de atividades físicas e de hábitos alimentares saudáveis (Laiou et al., 2017; American Diabetes Association, 2017), fornecendo, ao mesmo tempo, suporte social. Esta intervenção assume ainda maior relevância atendendo à faixa etária da amostra deste estudo, que se situa maioritariamente acima dos 70 anos de idade e que apresenta níveis baixos de habilitações literárias, considerando que a maior parte dos participantes possuíam somente o 4^o ano de escolaridade (50.7%).

Ainda, os **profissionais de saúde podem fornecer apoio emocional**, necessário durante a gestão da doença, dando um **apoio personalizado** à necessidade de cada doente (Hapunda, 2022). Um relacionamento mais próximo e colaborativo com os profissionais de saúde pode ser crucial na gestão da doença. Isso ocorre porque, com suporte adicional e uma comunicação eficaz, eles podem sentir-se mais motivados para a gestão da diabetes e a adesão ao tratamento (Freeman-Hildreth et al., 2019).

Na mesma linha, seria importante que os pacientes usufríssem de **apoio psicológico** de modo a promover a aceitação da doença crónica e a capacidade de reavaliar a situação de forma positiva, melhorando a qualidade de vida e consequente adesão à gestão da diabetes (American Diabetes Association, 2017; Parviniannasab et al., 2024). Além disso, a promoção do conhecimento sobre a diabetes, a perceção de controlo pessoal e autoeficácia e a discussão de métodos de *coping* adaptativos, pode ser fulcral para uma melhor adesão ao autocuidado (Lawson et al., 2013).

Conclusão

A Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença crónica e vitalícia, sendo fundamental realizar atividades de autocuidado relacionadas com a doença, que consistem em todas as medidas tomadas pelo paciente para controlar a doença e incluem, mas não se limitam a tomar a medicação prescrita, aderir a uma dieta adequada, praticar exercício físico, realizar rastreios proativos de complicações da diabetes e fazer a medição autónoma da glicemia (American Diabetes Association, 2017).

Tendo em conta o aumento da prevalência das doenças crónicas a nível nacional, em especial da diabetes e das suas complicações, pareceu-nos importante analisar os níveis de adesão ao autocuidado e a forma como os doentes lidam com a doença, percebendo quais as estratégias de *coping* adotadas por pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2.

Nesse sentido, os doentes inquiridos seguidos no Hospital Universitário Cova da Beira, revelaram níveis de adesão aos comportamentos de autocuidado moderados, o que se traduz num aspeto positivo do presente estudo. Além disso, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da adesão ao autocuidado tendo em conta várias variáveis sociodemográficas e clínicas como a idade, sexo, residir sozinho, tempo de diagnóstico e utilização de insulina injetável. Relativamente às estratégias de *coping*, foram evidenciadas diferenças estatisticamente significativas para algumas subescalas ao nível da idade, do sexo, do estado civil, da variável residir sozinho, do tempo de diagnóstico, da existência de outro problema de saúde crónico e da utilização de insulina injetável.

Refere-se, ainda, que existiram associações entre algumas subescalas do *Brief Cope* e da EAAC, corroborando a literatura no sentido em que as estratégias de *coping* ativas estavam associadas a uma maior adesão à atividade física; as pessoas que possuem apoio emocional têm maior probabilidade de seguir as recomendações alimentares específicas; a adesão a atividade física foi maior nos pacientes que utilizam estratégias de *coping* focadas na emoção como a Aceitação e a Reinterpretação positiva e, ainda, que o uso do humor diminui a adesão aos medicamentos.

Assim, observou-se que os pacientes com estilos de *coping* focados na emoção e no apoio sócio-emocional, tendiam a implementar comportamentos de autocuidado mais apropriados para gerir a sua doença.

Referências Bibliográficas

- Aflakseir, A., & Mahdiyar, M. (2016). The role of religious coping strategies in predicting depression among a sample of women with fertility problems in Shiraz. *Journal of Reproduction & Infertility*, *17*(2), 117–122.
- Akinsola H. A. (2001). Fostering hope in people living with AIDS in Africa: the role of primary health-care workers. *The Australian journal of rural health*, *9*(4), 158–165. <https://doi.org/10.1046/j.1038-5282.2001.00358.x>.
- Albai, A., Sima, A., Papava, I., Roman, D., Andor, B., & Gafencu, M. (2017). Association between coping mechanisms and adherence to diabetes-related self-care activities: a cross-sectional study. *Patient Preference and Adherence*, *11*, 1235–1241. <https://doi.org/10.2147/ppa.s140146>
- Amadi, K. U., Uwakwe, R., Odinka, P. C., Ndukuba, A. C., Muomah, C. R., & Ohaeri, J. U. (2016). Religion, coping and outcome in out-patients with depression or diabetes mellitus. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *133*(6), 489–496. <https://doi.org/10.1111/acps.12537>
- Amaral, A. P. (2012). Stress, Depressão e Diabetes. *Revista Portuguesa de Diabetes*, *7*(3), 119–123.
- American Diabetes Association. (2017). Lifestyle management. *Diabetes Care*, *40*(Suppl 1), S33–S43. <https://doi.org/10.2337/dc17-S007>
- Antoniuzzi, A. S., Dell’Aglia, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de psicologia*, *3*(2), 273–294. <https://doi.org/10.1590/s1413-294x1998000200006>
- Arditi, C., Zanchi, A., & Peytremann-Bridevaux, I. (2019). Health status and quality of life in patients with diabetes in Switzerland. *Primary Care Diabetes*, *13*(3), 233–241. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2018.11.016>
- Arifin, B., Probandari, A., Purba, A. K. R., Perwitasari, D. A., Schuiling-Veninga, C. C. M., Atthobari, J., Krabbe, P. F. M., & Postma, M. J. (2020). «Diabetes is a gift

- from god» a qualitative study coping with diabetes distress by Indonesian outpatients. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 29(1), 109–125.
<https://doi.org/10.1007/s11136-019-02299-2>
- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. (2016). *Educação Terapêutica na Diabetes*. Lisboa.
- Association of Diabetes Care and Education Specialists (ADCES) (2021). An effective model of Diabetes Care and education: The ADCES7 self-Care Behaviors. *The Science of Diabetes Self-Management and Care*, 47(1), 30–53.
<https://doi.org/10.1177/0145721720978154>
- Backman, K., & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), 564–572
- Bakan, G., & Inci, F. H. (2021). The predictors of perceived stress in patients with type 2 diabetes in Turkey: styles of coping with stress and metabolic variables. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 41(1), 164–171. <https://doi.org/10.1007/s13410-020-00842-3>
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient education and counseling*, 48(2), 177–187. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00032-0).
- Bastos, F. (2015). *Teoria explicativa sobre a gestão da doença e do regime terapêutico. A transição para a doença crónica*. Deutschland: OmniScriptum GmbH & Co.KG.
- Bastos, F., Lopes, C. (2004). Questionário das Actividades de auto-cuidado com a Diabetes. Versão traduzida e adaptada para Português de “Summary of Diabetes Self-Care Activities” de Glasgow, R.; Toobert, D.; Hampson, S. (2000).
- Bastos, F., Severo, M., Lopes, C. (2007). Propriedades psicométricas da escala

de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. *Acta Médica Portuguesa*. 20, 11-20.

Baumann, L. C., & Dang, T. T. N. (2012). Helping patients with chronic conditions overcome barriers to self-care. *The Nurse Practitioner*, 37(3), 32–38.

<https://doi.org/10.1097/01.npr.0000411104.12617.64>

Berenguera, A., Molló-Inesta, À., Mata-Cases, M., Franch-Nadal, J., Bolívar, B., Rubinat, E., & Mauricio, D. (2016). Understanding the physical, social, and emotional experiences of people with uncontrolled Type 2 diabetes: a qualitative study. *Patient preference and adherence*, 10, 2323–2332.

<https://doi.org/10.2147/PPA.S116173>

Boas, L. C. G. V., Foss, M. C., Foss-Freitas, M. C., Torres, H. C., Monteiro, L. Z., & Pace, A. E. (2011). Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(2), 272–279.

<https://doi.org/10.1590/s0104-07072011000200008>

Brevidelli, M. M., Oliveira, A. B., Rodrigues, G. V. G., Gamba, M. A., & Domenico, E. B. L. (2021). Fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais correlacionados ao autocuidado em diabetes. *Revista Cuidarte*, 12(2).

<https://doi.org/10.15649/cuidarte.2057>

Bronner, M. B., Peeters, M. A. C., Sattoe, J. N. T., & Staa, A. (2020). The impact of type 1 diabetes on young adults' health-related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 137. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01370-8>

Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.

Burns, R. J., Deschênes, S. S., & Schmitz, N. (2016). Associations between coping strategies and mental health in individuals with type 2 diabetes: Prospective analyses. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health*

Psychology, American Psychological Association, 35(1), 78–86.

<https://doi.org/10.1037/hea0000250>

- Büssing, A., Ostermann, T., Neugebauer, E. A., & Heusser, P. (2010). Adaptive coping strategies in patients with chronic pain conditions and their interpretation of disease. *BMC public health, 10*, 507. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-507>
- Butchart, A., Kerr, E. A., Heisler, M., Piette, J. D., & Krein, S. L. (2009). Experience and management of chronic pain among patients with other complex chronic conditions. *The Clinic Journal of Pain, 25(4)*, 293-298.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology, 56(2)*, 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Carver C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International journal of behavioral medicine, 4(1)*, 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbmo401_6
- Celik, S., Taskin Yilmaz, F., & Anataca, G. (2022). The effect of religious coping on disease acceptance and management among patients with diabetes in turkey. *Journal of Religion and Health, 61(3)*, 1980–1993. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01260-3>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2020). *National Diabetes Statistics Report 2020. Estimates of diabetes and its burden in the United States.* <https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/national-diabetes-statistics-report.pdf>
- Chan, J., DeMelo, M., Gingras, J., & Gucciardi, E. (2015). Challenges of diabetes self-management in adults affected by food insecurity in a large urban centre of Ontario, Canada. *International Journal of Endocrinology, 2015*, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2015/903468>

- Chefik, F. H., Tadesse, T. A., Quisido, B. J. E., & Roba, A. E. (2022). Adherence to insulin therapy and associated factors among type 1 and type 2 diabetic patients on follow up in Madda Walabu University Goba Referral Hospital, South East Ethiopia. *PloS One*, *17*(6), e0269919.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269919>
- Chew, B.-H., Shariff-Ghazali, S., & Fernandez, A. (2014). Psychological aspects of diabetes care: Effecting behavioral change in patients. *World Journal of Diabetes*, *5*(6), 796–808. <https://doi.org/10.4239/wjd.v5.i6.796>
- Chindankutty, N. V., & Devineni, D. (2024). Illness perception, coping, and self-care adherence among adults with type 2 diabetes. *Journal of Population and Social Studies*, *32*, 687–705. <https://doi.org/10.25133/jpssv322024.040>
- Cholankeril, R., Xiang, E., & Badr, H. (2023). Gender differences in coping and psychological adaptation during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(2), 993.
<https://doi.org/10.3390/ijerph20020993>
- Colberg, S. R., Sigal, R. J., Yardley, J. E., Riddell, M. C., Dunstan, D. W., Dempsey, P. C., Horton, E. S., Castorino, K., & Tate, D. F. (2016). Physical activity/exercise and diabetes: A position statement of the American diabetes association. *Diabetes Care*, *39*(11), 2065–2079. <https://doi.org/10.2337/dc16-1728>
- Collins, M. M., Bradley, C. P., O'Sullivan, T., & Perry, I. J. (2009). Self-care coping strategies in people with diabetes: a qualitative exploratory study. *BMC Endocrine Disorders*, *9*(1), 6. <https://doi.org/10.1186/1472-6823-9-6>
- Correa, O. T., & Ospina, G. C. (2004). *Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en salud*. Manizales: Universidad de Caldas, Centro Editorial.
- Daen, S. T. (2011). Tipos de investigación científica. *Revista de Actualización Clínica*, *9*, 621-624.

- Danielson, E., Melin-Johansson, C., & Modanloo, M. (2019). Adherence to treatment in patients with chronic diseases: from alertness to persistence. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 7(4), 248-257. doi:10.30476/IJCBNM.2019.81303.0
- David, R., & Weber, J. N. (2020). Diabetes Mellitus in Children. In R. M. Kliegman, & J. W. S. Geme, (Eds.), *Nelson textbook of pediatrics* (21st ed., pp. 3019–3052). Philadelphia: Elsevier.
- Davidson, P. M., Macdonald, P., Moser, D. K., Ang, E., Paull, G., Choucair, S., Daly, J., Gholizadeh, L., & Dracup, K. (2007). Cultural diversity in heart failure management: findings from the DISCOVER study (Part 2). *Contemporary nurse*, 25(1-2), 50–61. <https://doi.org/10.5172/conu.2007.25.1-2.50>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus*. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Programa Nacional para a Diabetes: Desafios e Estratégias 2023*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. 978-972-675-348-3.
- Dyah, R. K. (2021). Strategi Coping Menghadapi Pandemi Covid-19 pada Populasi Umum. *ANALITIKA: Jurnal Magister Psikologi UMA*, 13(1), 44-54. <https://doi.org/10.31289/analitika.v13i1.4906>
- Dyke, M. L., Cuffee, Y. L., Halanych, J. H., McManus, R. H., Curtin, C., & Allison, J. J. (2013). The relationship between coping styles in response to unfair treatment and understanding of diabetes self-care. *The Diabetes Educator*, 39(6), 848–855. <https://doi.org/10.1177/0145721713507112>
- ElSayed, N. A., Aleppo, G., Aroda, V. R., Bannuru, R. R., Brown, F. M., Bruemmer, D., Collins, B. S., Gaglia, J. L., Hilliard, M. E., Isaacs, D., Johnson, E. L., Kahan, S., Khunti, K., Leon, J., Lyons, S. K., Perry, M. L., Prahalad, P., Pratley, R. E., Seley, J. J., ... American Diabetes Association. (2023). 2. Classification and diagnosis of diabetes: standards of care in diabetes—2023. *Diabetes Care*, 46(Supplement_1), S19–S40. <https://doi.org/10.2337/dc23-s002>

- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844–854.
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.58.5.844>
- Faria, H. T. G., Rodrigues, F. F. L., Zanetti, M. L., Araújo, M. F. M., & Damasceno, M. M. C. (2013). Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(3), 231–237.
<https://doi.org/10.1590/s0103-21002013000300005>
- Faria, H. T. G., Santos, M. A., Arrelias, C. C. A., Rodrigues, F. F. L., Gonela, J. T., Teixeira, C. R. S., & Zanetti, M. L. (2014). Adherence to diabetes mellitus treatments in Family Health Strategy units. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(2), 257–263. <https://doi.org/10.1590/s0080-623420140000200009>
- Farmer, A. Y., Wang, Y., Peterson, N. A., Borys, S., & Hallcom, D. K. (2022). Social Isolation Profiles and Older Adult Substance Use: A Latent Profile Analysis. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 77(5), 919–929. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab078>
- Fatemi, N. S., Rafii, F., Hajizadeh, E., & Modanloo, M. (2018). Psychometric properties of the adherence questionnaire in patients with chronic disease: A mix method study. *Koomesh*, 20(2), 179-191.
- Fisher, L., Gonzalez, J. S., & Polonsky, W. H. (2014). The confusing tale of depression and distress in patients with diabetes: a call for greater clarity and precision. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 31(7), 764–772. <https://doi.org/10.1111/dme.12428>
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, 19(9), 901–908.
<https://doi.org/10.1002/pon.1836>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219.
<https://doi.org/10.2307/2136617>

- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1986). Dynamics of stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1005.
- Forbes, A., & While, A. (2009). The nursing contribution to chronic disease management: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 46(1), 120–131. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.06.010>
- Freeland B. (2014). Diabetes self-care assessment. *Home healthcare nurse*, 32(8), 458–465. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000129>
- Freeman-Hildreth, Y., Aron, D., Cola, P. A., & Wang, Y. (2019). Coping with diabetes: Provider attributes that influence type 2 diabetes adherence. *PloS One*, 14(4), e0214713. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214713>
- Fu, S. N., Wong, C. K., Chin, W. Y., & Luk, W. (2016). Association of more negative attitude towards commencing insulin with lower glycosylated hemoglobin (HbA1c) level: a survey on insulin-naïve type 2 diabetes mellitus Chinese patients. *Journal of diabetes and metabolic disorders*, 15, 3. <https://doi.org/10.1186/s40200-016-0223-0>.
- Gimeno, E. J., Bøgelund, M., Larsen, S., Okkels, A., Reitzel, S. B., Ren, H., & Orozco-Beltran, D. (2024). Adherence and persistence to basal insulin among people with type 2 diabetes in Europe: A systematic literature review and meta-analysis. *Diabetes Therapy: Research, Treatment and Education of Diabetes and Related Disorders*, 15(5), 1047–1067. <https://doi.org/10.1007/s13300-024-01559-w>
- Giorgi, D. M. A. (2006). Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13(1), 47-50.
- Gomes, L. C., Coelho, A. C. M., Gomides, D. D. S., Foss-Freitas, M. C., Foss, M. C., & Pace, A. E. (2017). Contribution of family social support to the metabolic control of people with diabetes mellitus: A randomized controlled clinical trial. *Applied nursing research: ANR*, 36, 68–76. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.05.009>

- Greene, D. S., King, N. D., & Coe, J. B. (2020). Diabetes and Humor: A Preliminary Investigation. *Diabetes spectrum: a publication of the American Diabetes Association*, 33(2), 175–181. <https://doi.org/10.2337/ds19-0028>
- Greenhalgh, T., Collard, A., Campbell-Richards, D., Vijayaraghavan, S., Malik, F., Morris, J., & Claydon, A. (2011). Storylines of self-management: narratives of people with diabetes from a multiethnic inner city population. *Journal of health services research & policy*, 16(1), 37–43.
<https://doi.org/10.1258/jhsrp.2010.009160>
- Hara, Y., Hisatomi, M., Ito, H., Nakao, M., Tsuboi, K., & Ishihara, Y. (2014). Effects of gender, age, family support, and treatment on perceived stress and coping of patients with type 2 diabetes mellitus. *BioPsychoSocial Medicine*, 8(1), 16.
<https://doi.org/10.1186/1751-0759-8-16>
- Hapunda, G. (2022). Coping strategies and their association with diabetes specific distress, depression and diabetes selfcare among people living with diabetes in Zambia. *BMC Endocrine Disorders*, 22(1), 215. <https://doi.org/10.1186/s12902-022-01131-2>
- Hilliard, M. E., De Wit, M., Wasserman, R. M., Butler, A. M., Evans, M., Weissberg-Benchell, J., & Anderson, B. J. (2018). Screening and support for emotional burdens of youth with type 1 diabetes: Strategies for diabetes care providers. *Pediatric Diabetes*, 19(3), 534–543.
<https://doi.org/10.1111/pedi.12575>
- Holahan, C. J., Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1996). Coping, stress, resistance, and growth: Conceptualising adaptive functioning. In M. Zeidner, & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 24-43). New York: John Wiley & Sons.
- Holt, R. I. G., DeVries, J. H., Hess-Fischl, A., Hirsch, I. B., Kirkman, M. S., Klupa, T., Ludwig, B., Nørgaard, K., Pettus, J., Renard, E., Skyler, J. S., Snoek, F. J., Weinstock, R. S., & Peters, A. L. (2021). The management of type 1 diabetes in

- adults. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of diabetes (EASD). *Diabetes Care*, 44(11), 2589–2625. <https://doi.org/10.2337/dci21-0043>
- Howells, L. A. L. (2002). Self-efficacy and diabetes: Why is emotional ‘education’ important and how can it be achieved? *Hormone Research in Pediatrics*, 57(1), 69–71. <https://doi.org/10.1159/000053317>
- Huang, M., Zhao, R., Li, S., & Jiang, X. (2014). Self-management behavior in patients with type 2 diabetes: a cross-sectional survey in western urban China. *PloS one*, 9(4), e95138. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0095138>
- Hunt, J. (2011). Motivational interviewing and people with diabetes. *European Diabetes Nursing*, 8(2), 68-73.
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Rendimento e Condições de vida*. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQ_UESdest_boui=544264379&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas 10th Edition*. 2021. 978-2-930229-98-0.
- International Pharmaceutical Federation (FIP). (2022). *Empowering self-care: A handbook for pharmacists*. The Hague: International Pharmaceutical Federation.
- Intiyaskanti, R. O., Dewi, E. I., & Kurniyawan, E. H. (2021). Overview of Coping Mechanism Mother of Children With Disabilities in SDLB Negeri Tompokersan Lumajang. *Nursing and Health Science Journal (NHSJ)*, 1(2), 88-96.
- Iversen, M. M., Nefs, G., Tell, G. S., Espehaug, B., Midthjell, K., Graue, M., & Pouwer, F. (2015). Anxiety, depression and timing of insulin treatment among people with type 2 diabetes: Nine-year follow-up of the Nord-Trøndelag Health Study, Norway. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(4), 309–315. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.07.004>

- Jaarsma, T., Cameron, J., Riegel, B., & Stromberg, A. (2017). Factors related to self-care in heart failure patients according to the middle-range theory of self-care of chronic illness: A literature update. *Current Heart Failure Reports*, 14(2), 71–77. <https://doi.org/10.1007/s11897-017-0324-1>
- Jena, B., Kalra, S., & Yeravdekar, R. (2018). Emotional and psychological needs of people with diabetes. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 22(5), 696. https://doi.org/10.4103/ijem.ijem_579_17
- Kalra, S., Jena, B. N., & Yeravdekar, R. (2018). Emotional and Psychological Needs of People with Diabetes. *Indian journal of endocrinology and metabolism*, 22(5), 696–704. https://doi.org/10.4103/ijem.IJEM_579_17
- Karlsen, B., Oftedal, B., & Bru, E. (2012). The relationship between clinical indicators, coping styles, perceived support and diabetes-related distress among adults with type 2 diabetes: Diabetes-related distress. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 391–401. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05751.x>
- Kim, E. J., & Han, K. S. (2020). Factors related to self-care behaviours among patients with diabetic foot ulcers. *Journal of clinical nursing*, 29(9-10), 1712–1722. <https://doi.org/10.1111/jocn.15215>
- Kokoszka, A. (2017). Treatment adherence in patients with type 2 diabetes mellitus correlates with different coping styles, low perception of self-influence on disease, and depressive symptoms. *Patient Preference and Adherence*, 11, 587–595. <https://doi.org/10.2147/PPA.S124605>
- Kordi, M., Heravan, M. B., Asgharipour, N., Mazloun, S, R., Akhlaghi, F. (2016). Relationship between self-care behaviors and coping styles in women with gestational diabetes. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 26(139), 190–202.
- Kueh, Y. C., Morris, T., Borkoles, E., & Shee, H. (2015). Modelling of diabetes

- knowledge, attitudes, self-management, and quality of life: a cross-sectional study with an Australian sample. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(129). 10.1186/s12955-015-0303-8
- Laiou, E., Rapti, I., Markozannes, G., Cianferotti, L., Fleig, L., Warner, L. M., Ribas, L., Ngo, J., Salvatore, S., Trichopoulou, A., Vigilanza, A., Tsiara, S., Martimianaki, G., Pampaloni, B., Majem, L. S., Schwarzer, R., Brandi, M. L., & Ntzani, E. E. (2020). Social support, adherence to Mediterranean diet and physical activity in adults: results from a community-based cross-sectional study. *Journal of Nutritional Science*, 9(e53), e53. <https://doi.org/10.1017/jns.2020.46>
- Lau, C. Y. K., Kong, A. P. S., Lau, J. T. F., Chan, V., & Mo, P. K. H. (2021). Coping skills and glycaemic control: the mediating role of diabetes distress. *Acta Diabetologica*, 58(8), 1071–1079.
- Lawson, V. L., Bundy, C., Belcher, J., & Harvey, J. N. (2013). Changes in Coping Behavior and the Relationship to Personality, Health Threat Communication and Illness Perceptions from the Diagnosis of Diabetes: A 2-year Prospective Longitudinal Study. *Health psychology research*, 1(2), e20. <https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e20>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leal, I. (2006). *Perspetivas em psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Lorig, K., Holman, H., Sobel, D., Laurent, D., González, V., & Minor, M. (2000). *Living a Healthy Life with Chronic Conditions: Self-Management of Heart Disease, Arthritis, Diabetes, Asthma, Bronchitis, Emphysema and Others* (2^a ed). Bull Publishing Company. 978-0923521530
- Macedo, J. L., Silva, D. J. S., Silva, R. L., & Assunção, M. J. S. M. (2020). Consumo alimentar e prática de exercícios físicos por indivíduos com diabetes mellitus. *RBONE - Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 13(83), 1143-1150.

- Madhu, S. V., Siddiqui, A., Desai, N. G., Sharma, S. B., & Bansal, A. K. (2019). Chronic stress, sense of coherence and risk of type 2 diabetes mellitus. *Diabetes & Metabolic Syndrome*, 13(1), 18–23. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2018.08.004>
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (6ª ed.). Pêro Pinheiro: Report Number.
- Martinez, M. C., & Latorre, M. R. D. O. (2006). Fatores de risco para hipertensão arterial e diabete melito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. *Arquivos Brasileiros De Cardiologia*, 87(4), 471–479. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2006001700012>
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições
- McCoy, M. A., & Theeke, L. A. (2019). A systematic review of the relationships among psychosocial factors and coping in adults with type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(4), 468–477. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.09.003>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mirzazadeh-Qashqaei, F., Zarea, K., Rashidi, H., & Haghizadeh, M. H. (2023). The relationship between self-care, spiritual well-being and coping strategies in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of research in nursing*, 28(4), 259–269. <https://doi.org/10.1177/17449871231172401>
- Mogre, V., Abanga, Z. O., Tzelepis, F., Johnson, N. A., & Paul, C. (2017). Adherence to and factors associated with self-care behaviours in type 2 diabetes patients in Ghana. *BMC Endocrine Disorders*, 17(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12902-017-0169-3>
- Mohamed, H., Lenjawwi, B. A., Amuna, P., & Zotor, F. B. (2017). The Importance of

- Locus of Control, Health Belief and Empowerment in Determining Self Care Behavior in South Asian Patients with Type II Diabetes: A Qualitative Study. *International Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*, 9(9), 628-633.
- Mojahed, A., Fallah, M., Ganjali, A., & Heidari, Z. (2019). The role of social support and coping strategies in the prediction of psychological well-being in type 2 diabetic patients of Zahedan. *Bali Medical Journal*, 8(1), 281-286.
- Moser, D. K., Dickson, V., Jaarsma, T., Lee, C., Stromberg, A., & Riegel, B. (2012). Role of self-care in the patient with heart failure. *Current Cardiology Reports*, 14(3), 265–275. <https://doi.org/10.1007/s11886-012-0267-9>
- Mucchielli, R. (2012). Les méthodes actives dans la pédagogie des adultes. Collection Formation Permanente. Séminaires Roger Mucchielli.
- Mulvaney, S. (2009). Improving self-care in young people with diabetes – the importance of self-efficacy. *Diabetes Voice*, 54, 24-27.
- Murakami, H., Yasui-Furukori, N., Otaka, H., Nakayama, H., Murabayashi, M., Mizushiri, S., Matsumura, K., Tanabe, J., Matsushashi, Y., Yanagimachi, M., Sugawara, N., Shimoda, K., & Daimon, M. (2020). Coping styles associated with glucose control in individuals with type 2 diabetes mellitus. *Journal of diabetes investigation*, 11(5), 1215–1221. <https://doi.org/10.1111/jdi.13225>
- Namageyo-Funa, A., Muilenburg, J., & Wilson, M. (2015). The role of religion and spirituality in coping with type 2 diabetes: A qualitative study among black men. *Journal of Religion and Health*, 54(1), 242–252. <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9812-0>
- Navarta-Sánchez, M. V., Ursua, M. E., Riverol Fernández, M., Ambrosio, L., Medina, M., Cerio, S. D., Álvarez, M. J., Senosiain, J. M., Gorraiz, A., Caparrós, N., Anaut, S., Martín-Lanas, R., Recio, M., & Portillo, M. C. (2018). Implementation of a multidisciplinary psychoeducational intervention for Parkinson's disease patients and carers in the community: study protocol. *BMC Family Practice*, 19(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0730-9>

- Nikbina, M., Doostifar, K., Rusdiana, R., Moradi, A., Marashi, T., & Nikzadian, M. (2023). The status of self-care behaviors among type 2 diabetic patients: a cross-sectional study. *Romanian Journal of Diabetes Nutrition and Metabolic Diseases*, 30(2), 188-193.
- Nurhayati, E. (2016). Memahami psikologis perempuan (Integrasi & intercomplementer perspektif psikologi dan Islam). *Batusangkar International Conference*, 245-258.
- OECD, & European Union. (2022). *Health at a glance: Europe 2022: State of health in the EU cycle*. OECD.
- Oliveira, C. L., Mello, M. T., Cintra, I. P., & Fisberg, M. (2004). Obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência. *Revista De Nutrição*, 17(2), 237-245. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732004000200010>
- Oliveira, P., Monteiro, P., Coutinho, M., Salvador, M. J., Costa, M. E., & Malcata, A. (2009). Qualidade de vida e vivências da dor crônica nas doenças reumáticas. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 34, 511-519.
- Omisakin, F. D., & Ncama, B. P. (2011). Self, self-care and self-management concepts: implications for self-management education. *Educational Research*, 2(12), 1733-1737.
- Onyishi, C. N., Eseadi, C., Ilechukwu, L. C., Okoro, K. N., Okolie, C. N., Egbule, E., & Asogwa, E. (2022). Potential influences of religiosity and religious coping strategies on people with diabetes. *World journal of clinical cases*, 10(25), 8816-8826. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i25.8816>
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). Mosby.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed). St. Louis: Mosby.
- Orem, D. E., Renpenning, K. M., & Taylor, S. G. (2003). *Self Care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem*. Springer Publishing Company.
- Ozcan, S., Rogers, H., Choudhary, P., Amiel, S. A., Cox, A., & Forbes, A. (2013).

Redesigning an intensive insulin service for patients with type 1 diabetes: a patient consultation exercise. *Patient preference and adherence*, 471.

<https://doi.org/10.2147/ppa.s43338>

Pais Ribeiro, J. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde* (2ª ed.).

Lisboa: Placebo.

Pais Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.

Pamungkas, R. A., Chamroonsawasdi, K., & Vatanasomboon, P. (2017). A Systematic Review: Family Support Integrated with Diabetes Self-Management among Uncontrolled Type II Diabetes Mellitus Patients. *Behavioral sciences*, 7(3), 62.

<https://doi.org/10.3390/bs7030062>.

Parildar, H., Cigerli, O., & Demirag, N. G. (2015). Depression, coping strategies, glycemic control and patient compliance in type 2 diabetic patients in an endocrine outpatient clinic. *Pakistan Journal of Medical Sciences Quarterly*, 31(1), 19–24. <https://doi.org/10.12669/pjms.311.6011>

Parsa, S., Aghamohammadi, M., & Abazari, M. (2019). Diabetes distress and its clinical determinants in patients with type II diabetes. *Diabetes & Metabolic Syndrome*, 13(2), 1275–1279. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2019.02.007>

Patuh, A., Wuryaningsih, E. W., & Afandi, A. T. (2021). Description of Stress and Coping Mechanism Farmer in Kalisat District Jember City. *Nursing and Health Science Journal (NHSJ)*, 1(1), 54-56.

Pereira, A., & Patrício, T. (2013). *SPSS - Guia prático de utilização: análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia* (8ª ed.). Lisboa: Sílabo.

Pérez, F. A., Fernández, B. P., & Cobo, M. J. G. (2021). The relationship between emotional intelligence and diabetes management: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 12, 754362.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.754362>

Peteet, J. R., Zaben, F. A., & Koenig, H. G. (2019). Integrating spirituality into the care

of older adults. *International Psychogeriatrics*, 31(1), 31–38.

doi:10.1017/S1041610218000716

- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem: da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. Formasau- Formação e Saúde, Lda. 978-989-8269-17-1
- Pfeiffer, J., Li, H., Martez, M., & Gillespie, T. (2018). The role of religious behavior in health self-management: A community-based participatory research study. *Religions*, 9(11), 357. <https://doi.org/10.3390/rel9110357>
- Pintaudi, B., Lucisano, G., Gentile, S., Bulotta, A., Skovlund, S. E., Vespasiani, G., Rossi, M. C., Nicolucci, A., & BENCH-D Study Group. (2015). Correlates of diabetes-related distress in type 2 diabetes: Findings from the benchmarking network for clinical and humanistic outcomes in diabetes (BENCH-D) study. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(5), 348–354. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.08.010>
- Proyer, R. T., & Rodden, F. A. (2020). Virtuous humor in health care. *AMA Journal of Ethics*, 22(7), E615-618. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2020.615>
- Queirós, P. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, (1), 5-7.
- Quinn, C. C., Swasey, K. K., Crabbe, J. C. F., Shardell, M. D., Terrin, M. L., Barr, E. A., & Gruber-Baldini, A. L. (2017). The impact of a mobile diabetes health intervention on diabetes distress and depression among adults: Secondary analysis of a cluster randomized controlled trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 5(12), e183. <https://doi.org/10.2196/mhealth.8910>
- Rayanti, R. E., Wariunsora, N. S., & Soegijono, S. P. (2019). The psychosocial responses and coping strategies of diabetes mellitus type 2 patients of the Ambon culture. *Masyarakat, Kebudayaan Dan Politik*, 31(4), 389–399. <https://doi.org/10.20473/mkp.V31I42018.389-399>

- Reis, P., Arruda, G. O., Nass, E. M. A., Ratuchnei, E. S., Haddad, M. C. F. L., & Marcon, S. S. (2020). Autocuidado e percepção do tratamento para o diabetes por pessoas em uso de insulina. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 10, 1-20. <https://doi.org/10.5902/2179769239880>
- Resende, S. F., Lima, R. D. S., Santos, I. M. V. dos, Junqueira, M. A. B., Luz, A. C. B., & Amuy, F. F. (2023). Estratégias de *coping* utilizadas por pessoas com Diabetes *mellitus* na atenção primária à saúde. *Research, Society and Development*, 12(2), e6912239989. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i2.39989>
- Riegel, B., Dickson, V. V., & Faulkner, K. M. (2016). The situation-specific theory of heart failure self-care: Revised and updated: Revised and updated. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(3), 226–235. <https://doi.org/10.1097/JCN.000000000000244>
- Riegel, B., Dunbar, S. B., Fitzsimons, D., Freedland, K. E., Lee, C. S., Middleton, S., Stromberg, A., Vellone, E., Webber, D. E., & Jaarsma, T. (2021). Self-care research: Where are we now? Where are we going?. *International journal of nursing studies*, 116, 103402. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103402>
- Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS. Advances in Nursing Science*, 35(3), 194–204. <https://doi.org/10.1097/ANS.ob013e318261b1ba>
- Rintala, T. M., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2013). Everyday life of a family with diabetes as described by adults with type 1 diabetes. *European Diabetes Nursing*, 10(3), 86–90. <https://doi.org/10.1002/edn.234>
- Ryan-Wenger, N. M. (1992). A taxonomy of children's coping strategies: a step toward theory development. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 62(2), 256–263. <https://doi.org/10.1037/h0079328>
- Saleem, M. A., Saghir, M., & Mariam, T. (2024). Coping strategies in types of diabetes with special reference to gender, age and education. *Bulletin of Business and Economics (BBE)*, 13(1). <https://doi.org/10.61506/01.00279>

- Salvatore, J. E., Gardner, C. O., & Kendler, K. S. (2020). Marriage and reductions in men's alcohol, tobacco, and cannabis use. *Psychological medicine*, *50*(15), 2634–2640. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002964>
- Sarbacker, G. B., & Urteaga, E. M. (2016). Adherence to insulin therapy. *Diabetes Spectrum: A Publication of the American Diabetes Association*, *29*(3), 166–170. <https://doi.org/10.2337/diaspect.29.3.166>
- Scheffel, R. S., Bortolanza, D., Weber, C. S., Costa, L. A., Canani, L. H., Santos, K. G., Crispim, D., Roisenberg, I., Lisboa, H. R. K., Tres, G. S., Tschiedel, B., & Gross, J. L. (2004). Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, *50*(3), 263–267. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000300031>
- Schram, M. T., Assendelft, W. J. J., Tilburg, T. G., & Dukers-Muijers, N. H. T. M. (2021). Social networks and type 2 diabetes: a narrative review. *Diabetologia*, *64*(9), 1905–1916. <https://doi.org/10.1007/s00125-021-05496-2>
- Serra, A. (2002). *O stresse na vida de todos os dias*. 2ª ed. Coimbra: Edição Adriano Vaz Serra.
- Silva, I. L. (2006). *Psicologia da diabetes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, J. A. D., Souza, E. C. F., Böschemeier, A. G. E., Costa, C. C. M. D., Bezerra, H. S., & Feitosa, E. E. L. C. (2018). Diagnosis of diabetes mellitus and living with a chronic condition: participatory study. *BMC public health*, *18*(1), 699. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5637-9>
- Skinner, T. C., Joensen, L., & Parkin, T. (2020). Twenty-five years of diabetes distress research. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, *37*(3), 393–400. <https://doi.org/10.1111/dme.14157>
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2023). *Diabetes: Factos e Números- O Ano de*

2019, 2020 e 2021- Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes.

Lisboa. 978-989-96663-2-0

- Sousa, M. R. G., Landeiro, M. J. L., Pires, R., & Santos, C. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 151-160.
- Sohail, M. M., Mahmood, Q. K., Sher, F., Saud, M., Mas'udah, S., & Ida, R. (2020). Coping through religiosity, spirituality and social support among Muslim chronic hepatitis patients. *Journal of Religion and Health*, 59(6), 3126–3140. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00909-4>
- Stenberg, J., & Hjelm, K. (2024). Social support as perceived, provided and needed by family-members of migrants with type 2 diabetes - a qualitative study. *BMC Public Health*, 24(1), 1612. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19101-9>
- Szydlo, D., Wattum, P. J., & Woolston, J. (2003). Psychological aspects of diabetes mellitus. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(3), 439–458, vi. [https://doi.org/10.1016/s1056-4993\(03\)00006-3](https://doi.org/10.1016/s1056-4993(03)00006-3)
- Tan, C. W. Y., Xu, Y., & Lee, J. Y. C. (2023). Severe distress & denial among Asian patients with Type 2 Diabetes Mellitus in the primary care: A prospective, multicentre study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 197(110574), 110574. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2023.110574>
- Thorne, S., Paterson, B., & Russell, C. (2003). The structure of everyday self-care decision making in chronic illness. *Qualitative health research*, 13(10), 1337–1352. <https://doi.org/10.1177/1049732303258039>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Torres, R. M., Fernandes, J. D., Cruz, E. A. (2007). Adesão do portador de Diabetes ao tratamento: revisão bibliográfica. *Revista Baiana de Enfermagem*, 21(2/3), 61-70.

- Tuncay, T., Musabak, I., Gok, D., & Kutlu, M. (2008). The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(1), 79. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-79>
- Valente, M. A., Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2009). Coping, depression, anxiety, self-efficacy and social support: impact on adjustment to chronic pain. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 8-17.
- Whitley, R. (2021). Wasted lives: Substance abuse, substance use disorder and addictions in men. In *Men's Issues and Men's Mental Health* (pp. 45–69). Springer International Publishing.
- Walter, K. N., Wagner, J. A., Cengiz, E., Tamborlane, W. V., & Petry, N. M. (2017). Substance use disorders among patients with type 2 diabetes: A dangerous but understudied combination. *Current Diabetes Reports*, 17(1), 2. <https://doi.org/10.1007/s11892-017-0832-0>
- Wang, X., He, L., Zhu, K., Zhang, S., Xin, L., Xu, W., & Guan, Y. (2019). An integrated model to evaluate the impact of social support on improving self-management of type 2 diabetes mellitus. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 19(1), 197. <https://doi.org/10.1186/s12911-019-0914-9>
- Watkins, Y. J., Quinn, L. T., Ruggiero, L., Quinn, M. T., & Choi, Y. K. (2013). Spiritual and religious beliefs and practices and social support's relationship to Diabetes Self-Care Activities in African Americans. *The Diabetes Educator*, 39(2), 231–239. <https://doi.org/10.1177/0145721713475843>
- Waugh, C. E., Shing, E. Z., & Furr, R. M. (2020). Not all disengagement coping strategies are created equal: positive distraction, but not avoidance, can be an adaptive coping strategy for chronic life stressors. *Anxiety, stress, and coping*, 33(5), 511–529. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1755820>
- Wichit, N., Mnatzaganian, G., Courtney, M., Schulz, P., & Johnson, M. (2017). Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-efficacy, glycemic control and quality of life among Thai

- individuals with Type 2 diabetes. *Diabetes research and clinical practice*, 123, 37–48. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2016.11.013>
- Wilkinson, A., & Whitehead, L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review. *International journal of nursing studies*, 46(8), 1143–1147. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.12.011>
- Wilkinson, A., Whitehead, L., & Ritchie, L. (2014). Factors influencing the ability to self-manage diabetes for adults living with type 1 or 2 diabetes. *International journal of nursing studies*, 51(1), 111–122. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.006>
- World Health Organization (2000) *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of a WHO Consultation*. WHO Technical Report Series 894, World Health Organization, Geneva, Switzerland. [http://libdoc.who.int/trs/WHO TRS 894.pdf](http://libdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf)
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva.
- World Health Organization. (2013). *Self-care for health: A handbook for community health workers & volunteers*.
- World Health Organization. (2022). *WHO Guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision*. Geneva. 978-92-4-005219-2
- World Health Organization. (2023). *Diabetes*. [Online] Disponível em: https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1
- Wuryaningsih, E., Kurniyawan, E. H., & Faiza, W. M. (2020). Overview of the coping strategy of farmers in the flood disaster area of Wonoasri village, Tempurejo district, Jember Regency. *Journal of Nursing Science Update (JNSU)*, 7(2), pp.187–194. <https://doi.org/10.21776/ub.jik.2019.007.02.8>
- Zamani-Alavijeh, F., Araban, M., Koohestani, H. R., & Karimy, M. (2018). The effectiveness of stress management training on blood glucose control in patients

with type 2 diabetes. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 10(1).

<https://doi.org/10.1186/s13098-018-0342-5>

Zavertnik, J. E. (2014). Self-care in older adults with heart failure: an integrative review: An integrative review. *Clinical Nurse Specialist CNS*, 28(1), 19–32.

<https://doi.org/10.1097/NUR.000000000000021>

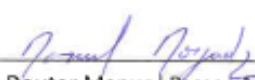
Folha em branco

ANEXOS

Folha em branco

Anexo I: Autorização da Comissão de Ética da
Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Parecer nº: 28/2024	Data: 2024/05/08
Assunto: Estudo nº 17/2024 – “Avaliação da Adesão ao Autocuidado e Estratégias de Coping em Indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 2”-	

<p>Membros da CE da ULSCBEIRA:</p> <p>Prof. Doutor Manuel Passos Morgado (Presidente, Farmacêutico)</p> <p>Dra. Ana Paula Torgal Carreira (Vice-Presidente, Assistente Social)</p> <p>Dr. Luís Manuel Ribeiro (Médico)</p> <p>Enf. Maria Gabriela Ramalhinho (Enfermeira)</p> <p>Dra. Maria Teresa Bordalo Santos (Psicóloga)</p> <p>Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro (Jurista)</p> <p>Dr. António Luciano Costa (Teólogo)</p>	<p>Exma. Senhora Investigadora: Ana Beatriz Pinto</p> <p>A Comissão de Ética da Unidade Local Saúde da Cova da Beira, em reunião realizada em 2024/05/08 deliberou emitir parecer relativamente à realização do Estudo nº 17/2024 – “Avaliação da Adesão ao Autocuidado e Estratégias de Coping em Indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 2”-</p> <p>Membros da CE da ULSCBEIRA presentes: Prof. Doutor Manuel Passos Morgado Dra. Ana Paula Torgal Carreira Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro Dr. António Luciano Costa</p> <p>Parecer: Apreciado o projeto do estudo e os requisitos adicionais respondidos, foi decidido por unanimidade dos votantes emitir parecer favorável à sua realização.</p> <p>Este parecer não dispensa eventuais requisitos ou procedimentos por parte do Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) ou do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) desta instituição, no âmbito do previsto no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) ou noutra legislação aplicável quanto a acesso, tratamento e proteção de dados.</p> <p>A realização do estudo carece da necessária autorização por parte do Exmo. Conselho de Administração da ULSCBEIRA e no seu decurso pode ser sujeito a auditorias.</p> <p style="text-align: center;">O Presidente da Comissão de Ética Unidade Local Saúde da Cova da Beira</p> <p style="text-align: center;"> _____ (Prof. Doutor Manuel Passos Morgado)</p>
---	---

